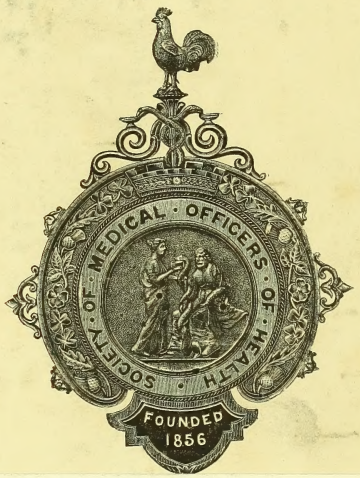
16.

Ex Libris



To be returned to :

UNIVERSITY OF LONDON LIBRARY DEPOSITORY,

SPRING RISE,

EGHAM,

SURREY.

From
THE LONDON SCHOOL OF HYGIENE
AND TROPICAL MEDICINE,
KEPPEL STREET,
LONDON, W.C.1.

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b24997717

PROCÈS-VERBAUX

DE LA

CONFÉRENCE SANITAIRE INTERNATIONALE

I

PROCÈS-VERBAUX

DE LA

CONFÉRENCE SANITAIRE INTERNATIONALE

OUVERTE A CONSTANTINOPLE

LE 13 FÉVRIER 1866

TOME I.

CONSTANTINOPLE

IMPRIMERIE CENTRALE

1866.

PROCÈS-VERBAUX

DE LA

CONFÉRENCE SANITAIRE INTERNATIONALE

TENUE A CONSTANTINOPLE

EN JUIN 1866

TOME I.

CONSTANTINOPLE

IMPRIMERIE CENTRALE.

1866.

N° 1.

SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1866.

L'an mil-huit-cent soixante-six et le treizième jour du mois de février, à deux heures de l'après-midi, la Conférence sanitaire internationale proposée par le Gouvernement Français dans le but de rechercher les moyens pratiques de prévenir de nouvelles invasions du choléra, et au sein de laquelle ont été invités, par le Gouvernement Ottoman, à se faire représenter les Gouvernements d'Autriche, de Belgique, de Danemark, d'Espagne, des Etats Pontificaux, des Etats-Unis d'Amérique, de la Grande Bretagne, de Grèce, d'Italie, des Pays-Bas, de Perse, de Portugal, de Prusse, de Russie et de Suède et de Norwège, a été ouverte, à Constantinople, au palais de Galata-Séraï, et y a été installée par S. A. A'ali pacha, ministre des affaires étrangères de S. M. I. le Sultan.

Etaient présents ;

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A. ;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien,

Pour la Belgique :

M. le comte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires ;

M. le Docteur MONLAU, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne;

Pour la France:

M. le comte de LALLEMAND, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur FAUVEL, médecin sanitaire de France;

Pour la Grande Bretagne:

L'Honorable M. W. STUART, secrétaire de l'Ambassade de S. M. Britannique ;

M. le Docteur GOODEVE, chirurgien en chef de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine;

M. le Dr E. D. DICKSON, médecin de l'Ambassade de S. M. B., Délégué de la Grande Bretagne au conseil supérieur de santé de Constantinople;

Pour la Grèce :

M. KALERGI, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes.

Pour l'Italie :

M. ALEXANDRE VERNONI, premier interprête de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur FRÉDÉRIC BOSI;

M. le Docteur G. SALVATORI, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

MIRZA-MALCOM-KHAN, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur Sawas EFFENDI, inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé.

Pour le Portugal ;

M. le chevalier Edouard PINTO DE SOVERAL, chargé d'affaires;

M. le Docteur Bernardino Antonio GOMEZ, médecin de S. M. Très-Fidèle;

Pour la Prusse:

M. H. DE KRAUSE, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi de Prusse ;

M. le Docteur MÜHLIG, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine Ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical en Russie ;

M. le Docteur LENZ, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. Oluf Stenersen, chambellan de S M. le Roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. E. Salih-Effendi, directeur de l'école Impériale de médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur-général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santéde Constantinople.

S. A. A'ali Pacha, ouvre la séance par l'allocution suivante :

« Messieurs ,

» Je suis heureux de vous annoncer, au nom de mon Auguste Souverain, le plaisir avec lequel Sa Majesté Impériale vous voit réunis dans sa capitale.

» La mission toute philanthropique qui est confiée à vos lumières aura, nous en sommes convaincus, le résultat que les Augustes Cours représentées dans cette enceinte ainsi que toute l'humanité en attendent. Cette réunion, Messieurs, est une preuve incontestable de l'immense pas que la civilisation a fait dans notre siècle. La fraternité humaine, cette loi fondamentale de tout progrès, gagne de plus en plus par les garanties mutuelles que les nations civilisées ne cessent de se donner; Et quelle garantie plus grande aurait-on pu offrir à l'humanité entière que celle que nous avons sous les yeux, c'est-à-dire de voir les gouvernements qui marchent à la tête de la civilisation concourir, par le choix de personnes si distinguées et si compétentes, à la recherche et à l'adoption de mesures préservatrices contre un fléau qui désole le genre humain!

» Je finis en communiquant à la Conférence que ses séances sont

» ouvertes dès aujourd'hui, et qu'afin de faciliter la manière de votation, » il a été convenu de mettre deux voix à la disposition de chaque Etat. »

M. le C^te^ De Lallemand se lève, pour repondre, au nom de ses collègues, à cette allocution :

« Messieurs,

» Je pense être l'interprète du sentiment qui nous anime tous en » remerciant S. A. A'ali pacha de l'honneur qu'il nous fait et de la marque » d'intérêt qu'il nous donne en venant inaugurer aujourd'hui nos délibé- » rations. Je crois voir et dans cette démarche du Ministre des Affaires » Etrangères de Sa Majesté Impériale le Sultan, et dans le langage qu'il » vient de nous tenir, un bon augure pour le succès de nos travaux ; j'y » puise l'espoir que les mesures que nous aurons jugées nécessaires dans » l'intérêt de la santé publique trouveront, dans le Gouvernement Ottoman » un acquiescement empressé dont il recueillera et l'honneur et le premier » profit. L'œuvre à laquelle nous allons mettre la main est une œuvre » de salut commun qui demande quelques sacrifices réciproques et inévi- » tables : la Conférence s'attachera, j'en suis persuadé, à faire en sorte » que ces sacrifices soient efficaces, tout en restant modérés et en n'im- » posant aucune contrainte à la religion de personne. C'est ainsi, si je ne » me trompe, que la Conférence remplira dignement la mission de haute » prévoyance et de haute philanthropie qui lui est confiée. »

Après le départ de S A A'ali Pacha qui quitte en ce moment la séance, et sur la proposition qui en est faite par M. le C^te^ de Lallemand, Salih Effendi est à l'unanimité reconnu président de la Conférence. Son Excellence remercie, en ces termes, ses collègues de l'honneur qu'ils ont bien voulu lui faire :

« Permettez-moi, Messieurs, de vous témoigner par quelques mots les » sentiments qui m'animent en ce moment solennel. C'est d'abord ma » profonde reconnaissance que j'ai hâte de vous exprimer pour l'honneur » que vous venez de me faire. La présidence de cette assemblée offerte au » délégué de la Porte est une marque de déférence envers le Gouverne- » ment que je représente, pour laquelle je m'estime heureux de pouvoir » vous adresser de très-vifs remercîments.

» L'honneur de diriger vos débats, Messieurs, je suis loin de le mériter » et plus d'un parmi vous était sans doute plus apte que moi à remplir cette » tâche honorable. En me résignant à votre volonté, je compte sur votre

» indulgence, et je ferai tous mes efforts pour contribuer avec vous au » succès désirable de la mission importante qui nous est confiée par nos » Gouvernements respectifs. »

S.E.Salih effendi présente ensuite en qualité de secrétaires M.le Docteur Naranzi, secrétaire général du Conseil Impérial de Médecine, et M. le baron de Collongue, attaché à la mission de M. le C^te^ de Lallemand, Mustapha effendi, chef de clinique interne à l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, remplira les fonctions de secrétaire-adjoint.

La Conférence se trouvant ainsi définitivement constituée, S. E. Salih effendi soumet à son approbation les mesures d'ordre suivantes:

1° Le Président dirige les débats et propose les commissions ;

2° Personne ne prend la parole qu'après l'avoir demandée au Président;

3° L'ordre du jour de la séance qui suit sera toujours fixé d'avance ;

4° Toutes les décisions seront prises à la majorité absolue des voix;

5° Le vote sera individuel; on votera en levant la main, et chaque nation ne pourra avoir que deux votes. Les noms des votants dans un sens et dans l'autre seront mentionnés au procès-verbal ;

6° En cas de partage des voix, celle du Président sera prépondérante ;

7° Chaque séance commencera par la lecture et l'adoption du procès-verbal de la séance précédente.

L'adoption de ces diverses mesures ne donne lieu à aucune observation, à l'exception, toutefois, de la cinquième. Chaque puissance ne devant, en effet, disposer que de deux votes et quelques-unes d'entr'elles s'étant fait représenter par trois délégués, M. le Prof. Bosi demande quelle sera, dans ce dernier cas, la situation du troisième délégué. Ne pouvant voter, pourra-t-il cependant prendre la parole et intervenir dans la discussion? Dans l'opinion de M. le Prof. Bosi, le droit de parler et celui de voter ne sauraient être séparés. A la suite d'une conversation qui s'engage à ce sujet et à laquelle prennent part successivement MM. de Krause, D^r^ Goodeve, D^r^ Fauvel, C^te^ de Lallemand, D^r^ Bartoletti et Segovia, M. le Président pose à la Conférence ces deux questions :

1° N'y aura-t-il que deux votes par puissance?

2° Tous les membres Délégués présents auront-ils le droit de parler?

La Conférence résout ces deux questions par l'affirmative, à la majorité de 23 voix pour la première et à l'unanimité pour la seconde.

L'incident vidé, M. le C^te^ de Lallemand fait connaître que le Gouver-

nement Français avait d'abord songé à préparer un projet de programme des travaux de la Conférence, mais qu'après réflexion il avait préféré y renoncer et s'en remettre à ses lumières et à son initiative; que sans doute la Conférence jugera à propos de nommer sans retard une Commission pour rédiger ce programme, mais qu'avant tout, les Délégués français ont à faire une proposition importante qui se présente avec un caractère d'urgence et pour laquelle ils demandent, en conséquence, la priorité.

M. le Dr Fauvel dépose alors sur le bureau, après en avoir donné lecture, la proposition, annexée au présent procès-verbal, pour l'examen de laquelle il réclame la nomination immédiate d'une Commission, et qui consiste dans l'interruption momentanée, en cas de choléra parmi les pèlerins réunis à La Mecque, de toute communication maritime entre les ports arabiques et le littoral de l'Egypte. Cette mesure qui nécessiterait le concours de la Commission Ottomane envoyée dans le Hedjaz, de quelques navires de guerre et d'une surveillance organisée par les autorités Egyptiennes, et dont la mise a exécution reviendrait, d'ailleurs, naturellement au Gouvernement Ottoman de concert avec l'administration égyptienne et, au besoin, avec l'aide des Gouvernements alliés pour l'assistance maritime, paraît à MM. les Délégués de la France, pour cette année du moins et sans préjuger l'avenir, la seule vraiment efficace qui puisse être prise. Ainsi serait prévenue une nouvelle importation du choléra en Egypte par les pèlerins revenant de La Mecque et conjurés les dangers dont les évènements de l'an passé ont démontré toute la gravité.

Il est décidé, à la demande de M. le Dr Sotto, que cette proposition sera imprimée pour être distribuée à tous les membres de la Conférence et, en outre, qu'une Commission sera nommée de suite pour en faire l'objet d'un rapport qui devra être soumis à la Conférence à sa première séance.

Après quelques courtes observations portant, d'une part, sur le nombre des membres qui devront composer la dite Commission, et, de l'autre, sur la proportion dans laquelle devront y être représentés les deux éléments diplomatique et médical réunis dans la Conférence, S. E. Salih effendi désigne avec l'agrément de la Conférence pour en faire partie MM. Vetsera, Dr Fauvel, Stuart, prof. Bosi, Dr Sawas, Dr Lenz et Dr Bartoletti M. le Dr Sawas remplaçant M. Segovia qui avait d'abord été proposé, mais qui s'est récusé.

Il est ensuite procédé à la nomination d'une seconde Commission pour l'élaboration d'un projet de programme, et on décide que, vû la nature complexe et l'étendue de ce travail, elle sera composée de neuf membres.

Sont désignés : S. E. Salih effendi, MM. Dr Sotto, Dr Monlau, le Cte de Lallemand, Dr Goodeve, Vernoni , Mirza Malcom-Kan, Dr Mühlig Dr Pelikan.

L'ordre du jour étant épuisé, la Conférence s'ajourne au jeudi 22 février à une heure, pour entendre lecture et commencer la discussion du rapport de la Commission chargée d'examiner la proposition de MM. les Délégués du Gouvernement Français.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Le Président de la Conférence Sanitaire,

SALIH.

Les Secrétaires,

Bon DE COLLONGUE. — NARANZI.

ANNEXE AU PROCÈS-VERBAL N° 1.

PROPOSITION

Sur les mesures à prendre dans le cas où le choléra se manifesterait cette année parmi les Pèlerins réunis à La Mecque, présentée par les Délégués du Gouvernement français,

Messieurs,

Parmi les nombreuses questions qui doivent occuper la Conférence, il en est une qui se distingue entre toutes par un caractère particulier d'urgence et qui, à cause de cela, doit avoir la priorité sur les autres.

Nous voulons parler des mesures à prendre pour le cas où le choléra se manifesterait cette année parmi les pèlerins réunis à La Mecque.

Nous aimons à espérer que cette éventualité ne se réalisera pas ; mais enfin rien ne nous le garantit, et il est de notre devoir, pour répondre dignement à la confiance placée en nous par nos Gouvernements respectifs, de nous prémunir contre ce danger.

Voyez, en effet, Messieurs, quelle triste chose ce serait si, tandis que nous discuterions gravement sur l'origine et les moyens de prévenir l'importation du choléra, cette maladie faisait une nouvelle irruption à la suite des pèlerins !

C'est donc une mesure de précaution en vue d'un péril prochain que nous venons soumettre d'urgence à vos délibérations.

N'oublions pas que les pèlerins sont déjà en route pour les Lieux-Saints et que l'époque de leur retour n'est pas éloignée

Cela dit, passons à la question en elle-même. Prenons-la telle qu'elle se présente à nous cette année, c'est-à-dire au moment où le pèlerinage est en voie d'accomplissement, et où les hadjis sont sur le point d'effectuer leur retour.

Supposons maintenant que le choléra existe parmi eux : en quoi consisterait le danger ? et qu'y aurait-il à faire pour le prévenir ?

Le danger consisterait, vous le savez, dans la probabilité de l'importation de la maladie en Egypte par les pèlerins revenant *par mer*, entassés sur des navires à vapeur et jetés par milliers, dans un temps très-court, sur le littoral égyptien.

Tel est le danger nouveau dont les événements de l'année dernière nous ont révèlé toute la gravité. Le péril était bien moindre autrefois quand les pèlerins suivaient la caravane ou n'avaient d'autres véhicules maritimes que de faibles barques qui, longeant les côtes, mettaient un temps très-long à accomplir le voyage.

Quant à l'importation par les pèlerins revenant par terre, elle est peu à craindre. L'expérience, en effet, a prouvé qu'une longue marche par étapes dans le désert était, contre le choléra, la meilleure des quarantaines appliquées à une multitude.

L'an passé, les caravanes parties de La Mecque en proie au choléra sont arrivées à Damas et à Suez complètement purgées de la maladie. Depuis dix-huit ans que je m'occupe de cette question aucun fait, à ma connaissance, n'est venu démentir cette innocuité.

Ainsi c'est à peu près uniquement dans le retour *par mer* qu'est le danger contre lequel il importe de se prémunir.

Qu'y aurait il à faire pour cela ?

Imposerait-on une quarantaine aux pèlerins à leur arrivée à Suez ou dans tout autre port d'Egypte ? Oui, s'il s'agissait de quelques centaines de voyageurs dans des conditions ordinaires ; et encore quand nous discuterons la question des lazarets applicables au choléra, verrons-nous combien cette question est pleine de difficultés ; mais vouloir assujétir à des mesures sérieuses de quarantaine à leur arrivée des milliers de pèlerins, portant avec eux le choléra et débarquant presqu'à la fois sur le sol égyptien, serait une prétention déraisonnable. Selon nous, une telle quarantaine serait un simulacre trompeur et non une garantie telle qu'on est en droit d'en attendre de la Conférence.

Essaierait-on, pour diminuer l'affluence des arrivants en Egypte, de régler d'une manière convenable l'embarquement à Djeddah, de faire un choix, de fixer le nombre des embarqués, etc... ?

Mais cet ordre de précautions nécessiterait, pour être mis à exécution, une force armée considérable au port d'embarquement. Représentez-vous cette multitude en proie au choléra, frappée de terreur et voulant fuir à tout prix, et jugez si les mesures d'ordre dont il s'agit n'amèneraient pas infailliblement des collisions sanglantes.

L'an dernier, les navires en partance furent en quelque sorte pris d'assaut par les fuyards. On peut affirmer qu'il en serait de même cette année dans des circonstances analogues ; et si la prise d'assaut des navires était empêchée par une force maritime, vous imaginez facilement ce qui se passerait à terre pour arriver à être du nombre des partants. Il ne faut donc pas compter, selon nous, sur ce genre de mesures, pour cette année au moins. Nous ajoutons, qu'en tout cas, ce ne serait qu'un moyen de diminuer le danger et nullement de le supprimer.

On a pensé encore qu'il serait possible, en cas de choléra, de déposer les pèlerins embarqués sur un point du littoral intermédiaire entre le Hedjaz et l'Egypte, à Tor par exemple au pied du mont Sinaï, et de les assujétir là à un quarantaine convenable. Cette idée devra sans doute être prise en considération pour l'avenir, bien qu'elle ne soit pas sans inconvénients graves ; mais vous reconnaîtrez sans peine qu'on n'improvise pas en quelques jours un tel établissement et que, pour cette année, la mesure serait impraticable.

Que reste-t-il donc à faire ? Il reste, selon nous, à mettre en pratique la mesure la plus simple, la plus prompte, la plus facile à exécuter et la plus sûre, celle qui offre le moins d'inconvénients sous tous les rapports : elle consisterait, *en cas de choléra parmi les pèlerins, à interrompre momentanément, c'est-à-dire pendant la durée de l'épidémie, toute communication maritime entre les ports arabiques et le littoral égyptien*, en laissant ouverte aux hadjis, pour leur retour en Egypte, la route de terre suivie par la caravane. En d'autres termes, les pèlerins seraient assujétis à faire quarantaine, soit sur place pour ceux qui préféreraient attendre dans le Hedjaz la fin de l'épidémie, soit dans le désert pour ceux en plus grand nombre qui suivraient la caravane

Il n'y aurait pas à craindre que l'interdiction complète du retour par mer

donnât lieu au danger de collision que susciterait la prétention de régler l'embarquement, attendu que les pèlerins, n'ayant rien à espérer de ce côté, n'auraient aucun intérêt à se livrer à des violences.

Voici maintenant comment nous comprenons la pratique de cette mesure.

Et d'abord, la mise à exécution en reviendrait tout naturellement au Gouvernement Ottoman, de concert avec l'administration égyptienne, et, s'il était nécessaire, avec l'aide des Gouvernements alliés pour l'assistance maritime.

Elle nécessiterait le concours :

1° De la Commission sanitaire ottomane envoyée dans le Hedjaz, qui signalerait l'état sanitaire parmi les pèlerins;

2° De quelques navires de guerre pour interrompre les communications maritimes;

et 3° D'une surveillance organisée sur le littoral égyptien pour s'opposer au débarquement en cas d'infraction.

Cela étant, il serait procédé à l'exécution de la manière suivante, sauf, bien entendu, les modifications que la Conférence jugerait convenables :

1° En cas de manifestation du choléra parmi les pèlerins, les membres de la commission ottomane, assistés, au besoin, par d'autres médecins commis ad hoc, signaleraient le *fait* aux Autorités locales ainsi qu'aux navires de guerre stationnés à Djeddah et à Yambo, et en expédieraient l'avis en Egypte.

2° Sur la déclaration des médecins sus-mentionnés, les Autorités proclameraient l'interdiction, jusqu'à nouvel ordre, de tout embarquement, et inviteraient, les pèlerins à destination de l'Egypte à prendre la voie de terre.

3° En même temps, les navires de guerre feraient éloigner des ports d'embarquement tous les bâtiments à vapeur ou à voiles qui s'y trouveraient, et exerceraient une surveillance aussi exacte que possible à l'effet d'empêcher tout départ clandestin.

4° Sur l'avis reçu de la présence du choléra parmi les pèlerins, les Autorités égyptiennes interdiraient l'entrée à toutes les provenances de la côte arabique, à partir d'un point au sud de Djeddah qui serait déterminé; de plus, elles assigneraient aux navires délinquants, après les avoir ravitaillés, s'il y avait lieu, une localité sur la côte arabique, Tor par exemple, où ils feraient quarantaine.

5° Quant à la caravane, elle devrait, selon l'usage, être arrêtée à plusieurs journées de marche de Suez; elle y serait visitée par une Commission médicale et ne recevrait l'autorisation de pénétrer en Egypte que tout autant que son état sanitaire serait reconnu exempt de danger.

6° Relativement aux pèlerins à destination de l'Inde ou d'autres pays au delà de la mer Rouge, le mieux, pour éviter le péril d'un embarquement partiel, serait de les assujétir à la règle générale, c'est-à-dire à attendre la fin de l'interdiction; pourtant il serait peut-être possible de leur assigner un point particulier d'embarquement à plusieurs journées de marche au sud de Djeddah.

7° L'interdiction de l'embarquement cesserait *quinze jours* après le dernière cas de choléra signalé dans les ports du Hedjaz.

8° L'interdiction de purger quarantaine en Egypte ne serait pas applicable aux navires venant d'audelà de la mer Rouge à Suez, après avoir touché ou non à Aden ; ces navires, avec patente brute de choléra, seraient assujétis à la règle en vigueur à Suez en pareil cas.

Telle est, Messieurs, la proposition que nous avons l'honneur de soumettre à vos délibérations. Elle répond au but pour lequel le Gouvernement que nous représentons a provoqué la réunion de cette Conférence. Elle nous parait réunir toutes les garanties et tous les avantages désirables. Elle n'engage en rien l'avenir, c'est-à-dire que sans faire obstacle à l'emploi des mesures que la Conférence jugerait propres à prévenir l'importation du choléra dans le Hedjaz, ni aux précautions définitives en ce qui concerne l'Egypte, elle offre néanmoins un moyen sérieux de nous garantir, dès à présent, contre une éventualité prochaine et redoutable, et, par là, nous donne la sécurité nécessaire pour délibérer avec calme sur toutes les autres questions qui nous seront soumises.

Enfin elle laisse au Gouvernement Ottoman toute la plénitude de son autorité et nous dispense d'intervenir directement dans la question, si délicate et si remplie de périls, de la police sanitaire du pèlerinage.

Le seul inconvénient de notre proposition serait, le cas échéant, de gêner momentanément le trafic qui a pour objet le transport maritime des pèlerins, mais cet inconvénient ne nous parait pas assez grave pour peser un seul instant dans la balance.

Par les motifs qui viennent d'être exposés, nous n'avons pas hésité à présenter cette proposition dès le début de la Conférence.

Quel que soit le résultat de vos délibérations à ce sujet, nous estimons que votre décision devrait être recommandée immédiatement à l'adhésion de la Sublime Porte et de tous les Gouvernements représentés à cette Conférence, afin qu'il puisse y être donné suite dans le plus bref délai, vû l'urgence

En conséquence, nous demandons qu'une commission soit nommée séance tenante pour examiner notre proposition et en faire l'objet d'un rapport qui serait communiqué à la prochaine réunion de la Conférence.

13 février 1866.

Les délégués du Gouvernement français

A. DE LALLEMAND. FAUVEL.

N° 2.

SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil huit cent soixante six, le 22 février, à une heure de l'après-midi, la Conférence sanitaire internationale a tenu, à Péra de Constantinople, sa seconde séance, dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Etaient présents ;

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A. ;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien.

Pour la Belgique :

M. le comte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires ;

M.le Docteur MONLAU, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne.

Pour la France :

M. le comte de LALLEMAND, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur FAUVEL, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

L'Honorable M. W. STUART, secrétaire de l'Ambassade de S. M. Britannique ;

M. le Docteur GOODEVE, chirurgien major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Dr E. D. DICKSON, médecin de l'Ambassade de S. M. B., Délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople.

Pour la Grèce :

M. KALERGI, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

Pour l'Italie :

M ALEXANDRE VERNONI, premier interprête de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur FREDERIC BOSI ;

M. le Docteur G SALVATORI, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. KEUN Conseiller de la Légation des Pays-Bas (il siége pour la première fois au sein de la Conférence) ;

Pour la Perse :

MIRZA-MALKOM-KHAN, aide-de-camp général de S M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur SAWAS EFENDI, inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard PINTO DE SOVERAL, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio GOMEZ, 1er médecin de S. M Très-Fidèle :

Pour la Prusse :

M. H. DE KRAUSE, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi de Prusse ;

M. le Docteur MÜHLIG, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiler d'Etat actuel, directeur du département médical en Russie ;

M. le Docteur LENZ, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur BYKOW, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège ;

M. OLUF STENERSEN, chambellan de S.M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron HÜBSCH ;

Pour la Turquie :

S. Exc. SALIH EFENDI, directeur de l'école Impériale de médecine de Constantinople, chef du service médical civil;

M. le Docteur BARTOLETTI, inspecteur-général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil de Santé de Constantinople.

Le procès verbal de la première séance est lu et adopté.

S. Exc. le Président dit que l'ordre du jour appelle la lecture du rapport de la commission chargée d'examiner la proposition d'urgence de MM. les délégués du gouvernement français. Il donne, par conséquent, la parole à M. le Président de la susdite commission M. Stuart en cette qualité, s'exprime en ces termes :

» Messieurs,

La commission que j'ai l'honneur de présider a déjà tenu plusieurs séances, mais j'ai le regret de vous dire que n'ayant pas pu se mettre d'accord sur quelques points très importants de la proposition d'urgence, et ayant chargé M. le délégué Ottoman de lui donner par écrit certaines explications et certains renseignements qu'il n'a pu encore lui fournir, la commission n'est pas à même de présenter à l'honorable Conférence le rapport qu'elle attendait aujourd'hui même. M. Stuart prie donc l'honorable Conférence de vouloir bien accorder à sa commission un nouveau délai pour qu'elle puisse se prononcer, d'une manière satisfaisante, sur l'importante question qu'elle est appelée à étudier. «

M. de Krause demande la parole. Il formule la proposition suivante :

» Messieurs,

Il a été décidé dans la dernière séance de s'occuper sur le champ des mesures d'urgence formulées dans la proposition de MM. les délégués français.

La nécessité d'agir sans retard a été reconnue à l'unanimité et afin d'*accélérer* la marche des affaires une commission a été nommée pour examiner d'avance la proposition sus-mentionnée.

Il advient aujourd'hui que la dite commission n'a pas pu s'entendre, et il est à craindre que la voie que nous avons crue la *plus courte* ne soit pas la *bonne voie*.

Qui peut nous assurer que la commission tombera d'accord dans le court délai qui nous reste pour ne pas rendre illusoire toute mesure d'urgence ? Cependant, si l'accord ne s'établit pas au sein de la commission, ce sera nous, nous tous, qui serons responsables de ses lenteurs. Chaque heure qui passe rendra plus difficile la tâche de prendre des mesures efficaces, et, dans 15 jours, en vue d'un péril imminent, nous devrons tous tomber d'accord qu'il est trop tard pour que nous puissions rien faire.

Je vous propose donc d'entrer tout de suite dans la discussion générale de la proposition française.

Chacun de nous, depuis huit jours, la connaît, et, chacun de nous a dû se former une opinion là-dessus.

Que M. le Président veuille bien ouvrir la discussion générale sur la proposition de MM. les délégués français, et, qu'il soit engagé à soumettre au vote de l'assemblée les questions qui en résultent.

Telle est mon opinion et telle est la proposition sur laquelle j'ai l'honneur d'appeler votre attention. »

Plusieurs délégués s'inscrivent pour avoir la parole :

Elle est accordée successivement à tous.

M. Stuart avoue qu'un accord parfait ne règne pas au sein de la commission. M. le délégué de la Sublime Porte ayant présenté quelques objections a été invité à coucher ses idées sur papier et il a été, en même temps engagé de fournir à la commission certaines renseignements que seul le Gouvernement Ottoman est en état de donner. De sorte qu'il y a divergence d'opinions au sein de la commission. Son rapporteur, dit-il, vous fera

bientôt connaître l'avis et de la majorité et de la minorité. M. Stuart désirant faire connaître à l'honorable Conférence toute sa pensée donne lecture d'une note qu'il a, à cet effet, rédigée.

La voici :

» Messieurs,

Je manquerais d'égards envers la Conférence,si je ne saisissais pas cette occasion pour lui offrir quelques explications sur la manière dont j'ai cru devoir envisager la proposition de MM. les délégués de France devant la commission d'urgence. Je ne sais pas si d'autres membres de la Conférence ont été plus favorisés que moi : qu'il me soit permis de dire que ce ne fut que dans la séance même et quand M. Fauvel en a donné lecture que les commissaires de la Grande Bretagne ont appris l'intention de leurs collègues français de leur soumettre une proposition pareille.

N'ayant été réunis que quelques semaines après le départ du pèlerinage actuel pour les villes saintes, nous n'avons pas pu supposer que nous serions appelés à voter des mesures d'urgence à appliquer à ce pèlerinage, sans avoir ni le temps ni les connaissances nécessaires pour en apprécier les véritables conséquences : surtout puisque dans l'invitation qui a été adressée à notre gouvernement par celui de S. M. l'Empereur des Français, il est expressément dit que » cette conférence aurait pour objet de recher-
« cher les causes primordiales du choléra — d'en étudier les caractères et
« la marche — d'en déterminer les points du départ principaux : enfin elle
« aurait à proposer les moyens pratiques de le circonscrire et de l'étouf-
« fer à son origine. » Il en résulte que nous comprenons cette invitation comme indiquant que les mesures à prendre contre le choléra doivent être le but final de nos travaux, et, que nous devons d'abord, mûrement examiner les causes et les caractéristiques de la maladie. De cette manière logique nous arriverons, il faut espérer, à des décisions qui jouiront du respect général ainsi que de celui de la science médicale de l'Europe qui compte tant de dignes représentants parmi nous.

Mais qu'arrivera-t il si nous commençons par la fin ? Est-ce que ce ne serait pas nous lancer dans une fausse voie que de préjuger ainsi toutes les questions que nous sommes appelés à juger ? Il nous sera dit, sans

doute, que ces mesures d'urgence ne sont que provisoires, qu'elles ne nous engagent pas pour les mesures ultérieures, mais, je vous demande, si, pour les adopter même provisoirement il ne faut pas avoir déjà des convictions arrêtées, des convictions assez profondes, tant sur les causes du choléra que sur l'efficacité des mesures proposées Et si après les avoir votées, nous aurons l'esprit aussi libre, aussi impartial qu'auparavant. Si au contraire, nous ne serons pas disposés à travailler dans le but de justifier nos votes déjà acquis à telle ou telle théorie Nos décisions ultérieures n'auront plus dans ce cas, le même prestige, ni la même importance : elles seront peut être aussi éphémères que les mesures d'urgence que l'on nous propose.

Pour mon compte personnel je dois ajouter que si je suis venu ici sans connaissances spéciales, je suis venu également sans préjugés, prêt à être convaincu pas des faits ou par des arguments solides, mais non pas à me laisser entraîner par une surprise à l'adoption d'une théorie quelconque.

Comme commissaire diplomatique, j'ai surtout pour tâche de m'opposer à toute mesure qui aurait pour effet d'entraver le commerce à moins que la nécessité ne m'en soit nettement prouvée d'avance, et même alors, je ne saurais m'y associer sans avoir préalablement obtenu l'adhésion de mon gouvernement.

Quant à la proposition actuelle nous sommes plutôt sommés à l'acepter telle, quelle, qu'invités à délibérer là dessus, et, vu, qu'une autre proposition nous a été présentée par le délégué de la Sublime Porte, je demande respectueusement à la Conférence ou de donner à la commission le temps de comparer et de discuter les deux propositions, ou de décider que la Conférence n'ayant pas été réunie assez tôt pour prendre sur elle la grave responsabilité des mesures d'urgence applicables au pèlerinage de l'année courante, prie la Sublime Porte de prendre telles mesures qu'elle pourra juger utiles et praticables dans le but proposé.

M. Stuart après la lecture de sa note ajoute qu'il regarde la proposition de M. De Krause comme équivalente à la destitution de la commission.

M. de Lallemand demande la parole pour rectifier un passage de la note de M. Stuart. Ce passage est relatif à la circulaire de S. Exc. M. Droyn de Lhuys. D'après M. de Lallemand la circulaire est conçue dans un sens beaucoup plus large que celui que lui attribue M. Stuart.

Dans ce document, poursuit M. de Lallemand, le gouvernement français a eu en vue de prévenir cette année le retour d'une épidémie de choléra.

M. de Lallemand pense même qu'il y a tout un paragraphe où il est question de cela.

M. Fauvel lui fait observer que dans la circulaire précitée il n'y a aucun passage qui se réfère particulièrement à ce vœu du gouvernement français mais que cependant cela ressort clairement de l'esprit qui domine le document diplomatique

M Bartoletti a la parole : Il est très vrai, dit il, que la commission m'avait chargé de faire un travail sur quelques points qu'elle ne considère pas comme assez clairs, et la séance qu'elle avait fixée pour aujourd'hui avait pour but la communication du travail dont elle a besoin, pour se prononcer avec connaissance de cause sur la proposition française. Mais elle croyait que son rapport ne pouvant être présenté à l'honorable Conférence qu'après avoir pris connaissance de mon travail, la Conférence aurait prorogée sa séance d'aujourd'hui et qu'elle lui donnerait, par conséquent, le temps nécessaire pour lui présenter un travail complet. Cela n'ayant pas eu lieu la commission est prise au dépourvu.

M. Mühlig pense que la commission entendait s'occuper et de la proposition française et de la contre-proposition de M Bartoletti. Il est à désirer dit-il, que la Conférence s'occupe immédiatement de toute cette question, qu'elle aborde la discussion sur la proposition d'urgence; cela faisant, elle ne manquera pas de prendre connaissance aussi de la contre proposition de M. le délégué ottoman ou de toute autre contre-proposition ou projet qu'une fois que la discussion sera engagée doivent de nécessité se produire.

Il finit par dire que lui même se propose de présenter à l'honorable Conférence une proposition d'amendement.

M Bartoletti répond à M. Mühlig qu'à tort il lui attribue l'idée d'une contre proposition. Je n'ai promis, dit-il, à la Commission qu'une simple proposition d'amendement

M Bosi à l'appui de la proposition de M. de Krause, à laquelle il déclare d'adhérer complètement, révèle certains détails concernant la commission.

Dans ses deux dernières séances, dit-il, elle s'était occupé de la proposition d'urgence, mais sans la combattre sérieusement elle; faisait en quelque sorte une opposition conditionnelle. Ce n'est qu'à sa troisième séance qu'on lui a présenté une proposition d'amendement. Cet amendement a été même assez apprécié bien qu'il n'offrit aucun détail. C'est alors que M. Bartoletti qui en était l'auteur fut prié de le formuler par écrit et de le dé-

veloper. M. Bartoletti avait promis de le remettre à la Commission aujourd'hui même, car elle espérait avoir une séance—mais voilà qu'il vient de nous avouer que son travail n'est pas prêt Or, si la commission s'était réunie elle aurait, encore une fois, ajourné son travail et par conséquent son rapport à la Conférence. C'est vouloir, il faut bien le dire, faire tomber la proposition française à force d'ajournements Que reste-t il à faire? se demande M Bosi Il se prononce pour l'adoption de la proposition de M de Krause

M. Monlau. J'avais demandé, dit-il, la parole pour faire une proposition dans le sens de celle de M. le délégué de Prusse. Mais puisque M Krause m'a devancé, je me bornerai à dire que l'honorable Conférence doit repousser la demande d'un ajournement indéfini de la discussion sur la proposition d'urgence. M. Monlau propose à la Conférence de se constituer en commission pleinière et de discuter, vu l'urgence, la proposition de MM. les délégués français séance tenante.

M. Fauvel. Comme membre de la commission, dit-il, je me crois en devoir de faire connaître, en peu de mots, à l'honorable Conférence ce qui s'est passé dans son sein: Je confirme pleinement les paroles de M. Stuart qui nous a dit que la Commission ne s'est pas trouvée d'accord sur l'idée fontamentale de la proposition d'urgence. Mais ce qu'il a oublié ou n'a pas voulu dire, c'est que quelques membres de cette même commission, évidemment contraires à la proposition en question, ont réfusé de se prononcer soit *pour* soit *contre* celle-ci.

C'était, à mon avis, poursuit M. Fauvel, une manière indirecte de la combattre — c'était même plus que cela — à force de retards, d'ajournements, on espérait la faire complétement échouer. Ne voulant se prononcer ni affirmativement ni négativement, malgré l'urgence d'une décision définitive quelconque, on se proposait de détruire toute son importance en perdant un temps précieux.Cet état de choses, qui peut vous dire qu'il ne se prolongera pas 15 ou 20 jours encore et même plus? Si cela arrive, la proposition d'urgence tombe d'elle-même, car le moment du retour des pélerins approche et il sera impossible que la conférence puisse pour cette année-ci adopter aucune mesure préventive. M. le délégué ottoman avait fait entendre, et, en cela je suis de l'avis de M.Mühlig,qu'il aurait proposé une contre-proposition. Tout-à-l'heure il nous a dit que ce n'est pas une contre-proposition mais un simple projet d'amendement. La commission en at-

tendant se réserver de se prononcer, et jusqu'à ce que M. Bartoletti lui ait présenté son travail, elle aura inutilement des séances.—Eh bien,conclue M. Fauvel, pour que tout cela finisse, il est indispensable, croit-il, que la Conférence, comme l'a déjà dit M. Monlau, se constitue en commission pleinière pour ouvrir immédiatement la discussion sur la proposition d'urgence.

M. Lentz observe que puisque la Conférence a nommé une commission pour étudier la proposition française, ce serait agir contre tous les usages reçus dans les assemblées que de se saisir de la question et de la discuter avant que d'avoir reçu son rapport. Si la commission, dit-il, a ajourné son travail, c'est assurément parce qu'elle a l'intention de le poursuivre et de l'achever. Pour cette raison M. Lentz se prononce contre la proposition de M.de Krause et se range du côté de ceux qui demandent l'ajournement.

M. Gomez. Pour ma part, dit-il, je suis tout à fait de l'avis de M. Krause car l'affaire est tellement urgente qu'il y a danger à la faire traîner. Je voudrais seulement, ajoute t-il, qu'on mit aussi sur le tapis et qu'on portât à l'ordre du jour la question de la transmissibité du choléra. C'est, selon moi, la question fondamentale, celle qui domine toutes les autres, elle devrait par conséquent, jouir du droit de priorité. La proposition française elle-même prend pour point de départ la transmissibilité du choléra morbus. Cette question que nos gouvernements respectifs nous ont donné, à nous tous je crois, la mission d'étudier et de résoudre, doit constituer la tâche principale de la Conférence. Par conséquent elle doit être posée comme question préliminaire et avoir le pas sur toutes les autres. On comprend aisément que si la conférence la résout négativement, si elle admet en principe que le choléra-morbus n'est pas transmissible, ses travaux se réduisent à bien peu de chose et sa tâche devient très bornée. Si au contraire elle est résolue affirmativement, la tâche de la Conférence devient vraiment grande, car elle aura à arrêter de grandes mesures pour arrêter la marche de la maladie, surtout pour la circonscrire à son vrai berceau, qui est aux Indes.

Je me range, conclue M. Gomez, du côté de ceux qni proposent que la Conférence se constitue en commission pleinière. Je propose aussi qu'on porte à l'ordre du jour comme question préliminaire et qui doit dominer toutes les autres, celle de la transmissibilité du choléra morbus.

M. Segovia pense qu'en présence d'une proposition aussi formelle et aussi raisonnée que celle de M. de Krause, la Conférence ne pourrait pas prendre en considération celle de M. Gomez et moins encore pourrait-elle suivre les principes qu'il vient de poser.

M Segovia déclare qu'il a été aussi très étonné d'entendre M Lentz soutenir que la Conférence ne peut guère s'occuper de la proposition française parce que le rapport de sa commission lui fait défaut. Mais qui dit à M. Lentz que nous enaurons un? Plusieurs membres de la commission, continue M. Segovia, ont déclaré qu'ils ne peuvent pas s'entendre sur les principaux points de la proposition française. Je crois donc que son mandat expire avec le terme qu'on lui avait fixé. M. Segovia, en terminant engage S. Exc. M. le Président à mettre aux voix la proposition de M. de Krause.

M. Bartoletti allègue qu'il était obligé de se procurer lui-même les renseignements et les éclaircissements que la commission lui avait demandé. Outre cela il devait les lui communiquer par écrit, tout cela, observe-t-il, exige du temps. Que la Conférence veuille donc lui accorder le temps nécessaire pour qu'il puisse éclairer, comme il l'entend, la commission. Une fois la commission renseignée sur les faits qu'il lui importe de bien connaître, alors elle pourra s'entendre de manière à établir un parfait accord parmi ses membres, alors, lui aussi, sera à même de rédiger le rapport que la commission l'a chargé d'élaborer pour la Conférence.

S. Exc. Salih Efendi prend la parole et s'exprime en ces termes:

Messieurs,

Les Délégués du Gouvernement Ottoman admettent en principe qu'il faut de toute nécessité mettre une barrière devant le choléra, s'il vient à éclater dans le Hédjaz, avant le départ des hadjis. Toutefois, pour ce qui est des mesures à prendre, mesures d'urgence, telles que la proposition française les comprend et les conseille, comme c'est le Gouvernement Ottoman qui sera particulièrement chargé de les appliquer, il est indispensable et juste que l'Honorable Conférence fasse attention à tout ce que le Gouvernement de la Sublime-Porte peut lui communiquer ou lui proposer par le canal de ses Délégués

Les Délégués de la Sublime-Porte n'ont jamais laissé entendre qu'ils se réfusent d'accepter les mesures que la Conférence peut arrêter, que ces mesures soient ou non conformes à l'esprit de la proposition française:

seuleument, ils ont déclaré ne pas être suffisemment éclairés. Et cela on le comprendra aisément si on réfléchit que les Délégués ottomans ne s'attendaient guère à la proposition d'urgence et qu'ils n'en ont eu connaissance que le jour où elle a été lue et présentée à la Conférence. Pour comprendre l'esprit, la portée et la nature de cette proposition ils ont dû l'étudier, et pour qu'ils se mettent à même de l'adopter ou de la rejetter en connaissance de cause il leur faut encore s'édifier sur beaucoup de choses. Les Délégués ottomans pris à l'improviste n'ont pas eu le temps nécessaisaire pour se procurer tous les renseignements et les éclaircissements dont ils ont besoin pour bien comprendre la proposition dont il est question, moins encore pour éclairer la commission sur les points qu'elle ne comprend pas plus qu'eux. Voilà pourquoi ils demandent que la discussion générale soit ajournée. L'ajournement qu'ils demandent n'est que de 2 ou 3 jours au plus. A la prochaine séance de l'Honorable Conférence ils seront prêts, et la commission pourra lui présenter son rapport.

S. Exc. Salih Efendi finit par déclarer que si on force des Délégués ottomans de se prononcer sur la proposition française, avant qu'il ne l'aient mûrement étudiée, ils s'abstiendront de prendre une part active dans les débats : ils se refuseront de le faire ne pouvant guère accepter la responsabilité d'une démarche qui pourrait compromettre les intérêts de leur gouvernement, et que celui-ci pourrait très légitimement désavouer. Il engage donc l'Honorable Conférence à vouloir accorder l'ajournement de la discussion générale de la proposition d'urgence jusqu'à sa prochaine séance.

M. Fauvel. Je ne crois pas, dit-il, que MM. les Délégués ottomans veuillent nous faire un reproche d'avoir, dès le commencement, saisie la Conférence d'une proposition dont tout le monde a apprecié l'opportunité et l'urgence. Certes, ce n'est pas la faute des Délégués du gouvernement français si messieurs les Délégués ottomans ont été pris à l'improviste et s'ils n'étaient guère préparés à la plus grave des questions. L'initiative qu'ils ont prise devrait être appreciée par tous leurs collègues, et plutôt que des reproches ils devraient recevoir des félicitations et des remerciments. Que la Conférence, continue M. Fauvel, soit persuadée que ce n'est pas nous qui la sommons de s'occuper sans délai d'une question aussi importante, mais que ce sont les évènements qui l'obligent à cela. On ne l'ignore pas, dans un mois et demi d'ici, les pèlerins se mettront en marche, les uns prendront la voie de mer, les autres la voie de terre, et le choléra

sera en même temps qu'eux en Egypte. Nous avons cru que la principale mission de la Conférence consiste à prévenir l'irruption d'une nouvelle épidémie en Egypte : qu'a-t elle donc à faire si ce n'est de s'occuper de cette question avant toute autre et de prendre des mesures d'urgence pour prévenir une pareille éventualité ?

Maintenant, poursuit M. Fauvel, il importe de s'entendre sur un autre point:

Il résulterait des observations de MM. les Délégués ottomans et de la Grande-Bretagne que la proposition de M. de Krause est de nature à mettre obstacle à ce que la contre-proposition ou la proposition d'amendement de M. Bartoletti soit connue ou discutée. Cependant, il n'en est rien et la chose pourrait même tourner à l'avantage de MM. les Délégués ottomans. En effet, demande M. Fauvel, de quoi s'agit-il ? De discuter toutes les propositions devant la Conférence plutôt que devant la commission : Quel mal pourrait-il en résulter ?

M. Goodeve obtient la parole pour donner lecture d'un travail qui se réfère à la question. A peine il a lu quelques périodes, qu'il est interrompu par plusieurs Délégués qui font observer à S. E. le Président que M. Goodeve entre à discuter le fond même de la question controversée. Cela, selon eux, ne peut avoir lieu avant que la Conférence ne se prononce sur la proposition de M de Krause ou sur celle de M. Stuart. M. Goodeve n'insiste pas et cesse la lecture de son travail.

M. Kalergi propose que la Conférence se réunisse demain vendredi.

M. Fauvel amende cette proposition de la manière suivante : Que la Conférence veuille bien s'ajourner à après demain samedi pour commencer la discussion, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de rapport présenté.

M. Pinto de Souveral formule la proposition qui suit : La Conférence invite MM. les membres de la commission à présenter leur rapport à la prochaine séance qui aura lieu lundi prochain. En cas que ce rapport ne soit pas présenté la Conférence ne l'attendra pas et procédera immédiatement à la discussion de la proposition d'urgence.

M. de Krause, appuyé par M. Mühlig et Monlau, insiste sur la nécessité de la discussion immédiate. Il formule sa pensée comme il suit : Que la Conférence discute immédiatement la proposition d'urgence présentée dans la séance du 13 par MM. les Délégués du gouvernement français.

M. De Krause, appuyé aussi par M. Fauvel, demande qu'on mette aux voix sa proposition.

M. Pinto de Souveral observe que la Conférence ne peut passer à la discussion immédiate de la proposition française à moins que la commission en masse ne déclare que tout accord parmi ses membres est impossible.

S.Exc. le Président rappelle à l'Honorable Conférence que le M.le Président de la commission a déclaré que d'autres motifs plus que le désaccord des membres sont la cause de l'ajournement du travail et du rapport de la commission. M. Bartoletti qui a été par elle chargé de faire et l'un et l'autre est en voie de les présenter. De sorte que, dit S. Exc. je ne pense pas qu'un ajournement indéfini soit probable. Dès aujourd'hui la Conférence peut fixer à la commission le terme où elle devra lui présenter son rapport. Ce terme expiré la Conférence peut ouvrir la discussion sur la proposition d'urgence, que le rapport de la commission soit prêt ou non.J'adhère, conclue S. Exc. à la proposition de M. Pinto de Souveral.

M. Sawas opine que le mot désaccord n'est pas exact, d'après lui il n'y a eu que différentes manières d'envisager la question.

Plusieurs Délégués demandent instamment que M. le Président mette aux voix les différentes propositions émises avant et après la proposition de M. de Krause.

M. Stuart pense que sa proposition ayant été la première doit être votée avant toute autre.

M. Fauvel se déclare de cet avis. Appuyé par M. Sotto il demande qu'on mette aux voix d'abord l'ajournement pur et simple, ensuite le délai ou terme de convocation.

M. de Lallemand observe que dans toute assemblée on accorde la priorité à la proposition la plus large. Il faut donc mettre, dit-il, aux voix d'abord la proposition de M. Stuart qui avait commencé par demander un ajournement indéfini, ensuite on mettra aux voies les autres questions, d'après leur priorité.

M.Lentz déclare que les quatre puissances, Turquie, Perse, Grande-Bretagne et Russie, qui sont plus particulièrement intéressées à la question du pèlerinage, demandent instamment l'ajournement. La Conférence, pense-t-il, est tenue de le voter.

M. Fauvel proteste énergiquement contre les paroles de M. le Délégué Russe. Toutes les Puissances, dit-il, ont le même intérêt que les quatre citées par M. Lentz à s'occuper,au point de vue sanitaire, du retour des pèle-

rins La question ne touche pas uniqument les pèlerins et les Puissances qui les fournissent. La Conférence est responsable devant le monde entier des conséquences funestes qui pourront résulter du retour des pèlerins en Egypte si elle n'adopte pas des mesures sévères à leur égard. M Lentz,ajoute M. Fauvel, se préoccupe trop du sort des pèlerins et néglige par contre l'intérêt bien entendu des différents peuples.

MM. Segovia et de Krause s'associent à la protestation de M. Fauvel.

M. Lentz explique ce qu'il a entendu dire par les mots puissances plus particulièrement intéressées — il a voulu dire tout simplement que les quatre Puissances sus-mentionnées ont plus de pèlerins que d'autres.

Tous les délégués engagent S. Exc. le Président à faire voter l'*ajournement pur et simple.*

S. Exc. le Président met aux voix les propositions suivantes, d'après l'ordre de priorité établi par la Conférence.

1° La proposition de l'ajournement pur et simple.

Le scrutin donne le résultat suivant :

Présents 27
Pour 11 — contre 12
Abstentions 4

2° La proposition de M.de Krause—d'ouvrir immédiatement la discussion

Le scrutin donne pour résultat :

Votans 27
Pour 11 — contre 14
Abstentions 2 — rej.

3° La proposition de M. Kalergi, amendée par M. Fauvel (la séance à samedi.)

Résultat du scrutin :

Votans 27
Pour 12
Contre 13
Abstentions 2

4° La proposition de M. Pinto de Souveral (la séance à lundi)

Résultat du scrutin :

Votans 27
Pour 13
Contre 11

Abstentions 3, (adoptée)

La Conférence, conséquemment s'ajourne à lundi prochain, 26 février à une heure.

M. Stuart engage M. le secrétaire à constater dans le procès-verbal que les Délégués de la Grande-Bretagne se sont abstenus de prendre part au vote.

M. Gomez revient sur la proposition par lui précédemment posée et développée. Il demande qu'elle soit mise aux voix.

M. Fauvel pense que cette question avant d'être portée devant la Conférence devrait être renvoyée à la commission du programme.

M. Mühlig partage l'avis de M. Fauvel, d'après lui cette question est du domaine de la commission dont il fait partie.

Le programme qu'elle élabore comprend la question de la transmissibilité.

M. Bosi dit de même qne la commission de la proposition d'urgence s'est occupée elle aussi de la question et qu'elle l'a résolue affirmativement.

M. Sawas exprime à peu près la même opinion touchant la transmissibilité du choléra sur laquelle, dit-il, presque tous les médecins aujourd'hui ont des idées bien arrêtées et favorables à la transmissibilité. Cependant il n'a pas connaissance du fait qu'on vient d'avancer, il ignorait que la commission pour la proposition française s'était déjà occupée de cette question et qu'elle l'avait presque résolue affirmativement en l'admettant en principe.

M. Bosi, assure M. Sawas, qu'au sein de la commission la chose s'est passé comme il vient de le dire. M. Sawas peut l'avoir oublié, mais il croit plutôt que le jour où la commission s'est prononcé sur la question de la transmissibilité M. Sawas était absent ou bien il était arrivé trop tard.

M. Fauvel, explique mieux ce qui s'était passé dans la commission. M. Stuart, dit-il, a fait observer à ses collègues qu'ils n'étaieut guère autorisés à prendre des mesures concernant le retour des pèlerins, tant que la question de la transmissibilité du choléra n'était résolue affirmativement, alors, dit M. Fauvel, j'ai répondu à M. Stuart que nous tous, c'est-à-dire les médecins nous avions des idées bien arrêtées sur cette question. J'ajoutais même qu'en admettant la proposition des délégués français la commission ou la Conférence admettrait tacitement et implicitement a transmissibilité du choléra, tandis que tous ceux qui n'admettent pas le principe de la transmissibilité du choléra ne pourraient, sous peine d'inconséquence, l'accepter.

M. Stenersen se déclare de l'avis de M. Mühlig qui est de renvoyer la proposition de M. Gomez à la commission du programme. Il importe, dit-il, qu'une commission compétente, c'est-à-dire composée de médecins s'occupe de cette importante question, qu'elle en fasse l'objet de ses recherches et de ses études. Sa solution intéresse l'humanité. La Conférence internationale, a un intérêt vital à ce qu'elle soit résolue d'une manière définitive. Et si une commission médicale s'est déjà prononcée, la Conférence, lorsque à son tour sera appelée à se prononcer, n'aura qu'à se ranger du côté de la majorité des médecins distingués qui siégent dans la Conférence, qu'ils se soient prononcés pour l'affirmative ou pour la négative. Ce sera, n'en doutons pas, conclue M. Stenersen, un de ses plus beaux titres à la reconnaisance des peuples et des gouvernements.

M Sotto adhère à tout ce que vient de dire M. Stenersen.

S. Exc. le Président met aux voix la proposition suivante :

Si la proposition de M. Gomez doit être renvoyée à la commission du programme

Le scrutin donne *unanimité* de suffrages.

Sur la proposition de plusieurs de ces membres la commission décide de se réunir après demain, samedi.

M. Segovia demande à l'honorable Conférence de se prononcer sur cette question. Si un Délégué qui ne fait point partie d'une commission peut assister à ses séances. — Adhésion.

M. de Lallemand pose cette autre question :

Si la Conférence autorise les commissions qui fonctionnent à faire imprimer leurs rapports avant même qu'ils ne soient présentés et discutés. — Adhésion.

Ordre du jour de la prochaine séance :

1° Lecture du procès-verbal ; 2° Lecture et discussion du rapport de la commission chargée d'examiner la proposition d'urgence ;

3° Discussion de la proposition d'urgence, qu'il y ait ou qu'il n'y ait point de rapport.

La séance e st levée à trois heures et demie.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Dr NARANZI.— Bon DE COLLONGUE.

N° 3.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil huit cent soixante six, le 26 février, la Conférence Sanitaire internationale a tenu sa troisième séance, dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Etaient présents:

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A. ;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien.

Pour la Belgique:

M. le comte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires ;

M.le Docteur MONLAU, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne;

Pour la France :

M. le comte de LALLEMAND, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur FAUVEL, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

L'Honorable M. W. STUART, secrétaire de l'Ambassade de S.M.Britannique;

M. le Docteur GOODEVE, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Dr E. D. DICKSON, médecin de l'Ambassade de S. M. B., Délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople;

Pour la Grèce :

M. KALERGI, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

Pour l'Italie :

M ALEXANDRE VERNONI, premier interprête de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur FRÉDÉRIC BOSI ;

M. le Docteur G. SALVATORI, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. KEUN, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

Pour la Perse :

MIRZA-MALKOM-KHAN, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur SAWAS EFENDI, inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M.le chevalier Edouard PINTO DE SOVERAL, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio GOMEZ, 1er médecin de S. M Très-Fidèle :

Pour la Prusse :

M. H. DE KRAUSE, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi de Prusse ;

M. le Docteur MÜHLIG, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical en Russie ;

M. le Docteur Lenz, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège ;

M. Oluf Stenersen, chambellan de S M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M .le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'École Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur-général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil de Santé de Constantinople.

La Séance est ouverte à une heure de l'après-midi.

M. le Dr Naranzi, l'un des secrétaires de la Conférence, donne lecture du procès-verbal de la séance précédente.

M. le comte de Lallemand se référant à la partie de ce procès-verbal où est reproduite l'observation qu'il a faite, en réponse à M. Stuart, que la circulaire de S. Exc. M. le Ministre des Affaires Etrangères de France avait prévu la nécessité de mesures de précaution à prendre à l'égard des pèlerins déjà partis pour la Mecque, explique que la phrase à laquelle il a voulu faire allusion et qui, en effet, ne se trouve pas dans la dite circulaire, existe dans les instructions qui lui ont été remises; M. le Cte de Lallemand ajoute que ces instructions n'ont rien de secret et qu'il serait prêt à en donner connaissance à la Conférence si elle le jugeait à propos.

M. le Dr Bartoletti, en sa qualité de secrétaire-rapporteur de la commission chargée de l'examen de la proposition française, fait remarquer à son tour qu'il semblerait résulter du procès-verbal que c'est à lui que devrait être imputée l'impossibilité où cette commission s'est trouvée de présenter son rapport à la seconde séance de la Conférence M. le Dr Bartoletti tient à constater que son travail eût pu être terminé au jour fixé, mais qu'il devait attendre les renseignements annoncés par son gouvernement et dont il était indispensable que la commission eût connaissance pour se prononcer sur le mérite de la contre-proposition ottomane.

Quelques autres membres de la Conférence ayant encore présenté des observations sur certains passages du procès-verbal, M. le secrétaire

répond que les rectifications demandées et qui ne portent que sur des points de détails, seront faites par lui avant l'impression.

Le procès-verbal est ensuite adopté par la Conférence qui s'associe avec empressement à la proposition faite par M. le Dr Sawas de féliciter M. le Dr Naranzi de l'excellente rédaction de ce compte-rendu.

M. le Dr Bartoletti donne alors lecture du rapport (annexe n° 1 du présent procès verbal) de la commission nommée pour examiner la proposition de MM. les Délégués Français, et aussi de l'amendement ou contre-proposition qu'il a présenté au nom de son gouvernement. Il résulte du premier de ces documents que la commission qui se composait de MM. Vetsera, Dr Fauvel, Stuart, Prof. Bosi, Dr Sawas, Dr Lenz et Dr Bartoletti n'a pu réussir à se mettre d'accord. Trois de ses membres ont voté pour l'adoption du principe de la proposition française, ce sont MM. Vetsera, Dr Fauvel et Prof. Bosi; trois ont voté contre, MM. les Drs Sawas, Lenz et Bartoletti; M. Stuart s'est abstenu. Quant à la contre-proposition ottomane dont le texte est annexé au rapport de M. le Dr Bartoletti et qui consiste en substance dans l'embarquement des pèlerins par groupes et dans leur dissémination dans des lazarets à préparer sur divers points du littoral de la mer Rouge, elle n'a obtenu que la voix de son auteur. Enfin, un amendement proposé par M. le Dr Sawas n'a réuni que sa voix et celle de M. le Dr Lenz.

M. le Dr Sawas prend la parole après M. le Dr Bartoletti et donne lecture de son projet d'amendement (annexe N° 2 du présent procès-verbal). M. le délégué de Perse propose, tout en adoptant le principe de l'interdiction des communications maritimes, de faire une exception en faveur du port d'Yambo qui resterait ouvert aux pèlerins ; cette combinaison lui semblerait avoir le double avantage et d'offrir des garanties suffisantes pour la santé publique et, d'autre part, d'épargner aux pèlerins les dangers de tout genre auxquels on les exposerait en les forçant de prendre la voie du désert ou de séjourner à La Mecque après les fêtes.

Cette lecture achevée, S. Exc. Salih Efendi soumet à la Conférence un nouveau projet d'amendement (annexe N° 3 du présent procès-verbal) dans lequel il développe celui de M. le Dr Bartoletti, en complétant les mesures que propose ce dernier par l'adjonction de nouveaux médecins à la commission médicale ottomane envoyée dans le Hedjaz et en insistant sur les graves inconvénients qui paraîtraient à MM. les Délégués de la

Turquie devoir résulter à divers points de vue de l'adoption de la proposition française.

Salih Efendi fait suivre cette lecture de quelques réflexions ayant trait aux pèlerins Indiens que MM. les Délégués de France conseillent de retenir comme les autres en cas de choléra, tout en admettant cependant la possibilité, de leur assigner un port quelconque au sud de Djeddah où ils pourraient s'embarquer ; S. Exc. se demande quelle utilité il y aurait à empêcher leur départ. Serait-ce pour prévenir l'encombrement ? Il serait alors, dans son opinion, d'autant plus avantageux de les embarquer à bord de bateaux à vapeur anglais pour qu'ils pussent regagner un moment plus tôt leurs pays respectifs, qu'il n'est pas certain qu'on puisse trouver une échelle au sud de Djeddah, et, d'autre part, que cette échelle, si elle existe, soit reliée avec cette dernière ville par une route praticable. Pour ce qui est de l'augmentation du personnel de la commission médicale du Hedjaz, le Gouvernement de S. M. I. le Sultan est prêt à prendre des mesures en conséquence, et S. Exc. Salih éfendi prie, en conséquence, l'honorable Conférence de fixer le nombre des nouveaux médecins qu'il y aurait lieu d'adjoindre à la dite commission, comme aussi de préparer, si cela est nécessaire, des instructions destinées à compléter celles dont elle est déjà pourvue. Son Excellence termine en priant ses collègues de prendre en sérieuse attention sa double proposition de manière à pouvoir en apprécier la valeur à la prochaine séance.

La Conférence décide, sur la proposition de M. le D[r] Lenz, que les documents qui viennent d'être lus seront imprimés et joints au procès-verbal.

La parole ayant ensuite été accordée à M. le D[r] Fauvel pour développer la proposition française, l'honorable délégué croit qu'il serait bon, dans le but de faciliter la discussion, que les membres de la Conférence qui auraient encore à produire des amendements ou des contre-propositions le fassent immédiatement.

Cette motion donne lieu à des observations et quelques membres font remarquer qu'elle est contraire aux usages parlementaires. M. le D[r] Fauvel explique alors qu'il n'a entendu parler que des amendements ou contre-propositions que leurs auteurs auraient préparés par avance, et qu'il est évident que l'adoption de sa motion ne saurait en aucune façon porter atteinte au droit incontestable de chacun des membres de la

Conférence de produire des amendements dans le cours de la discussion.

Ces éclaircissements donnés, M. le Président pose à la Conférence la question de M. le Dr Fauvel. Aucun amendement nouveau n'est formulé.

M. le profes. Bosi demande à son tour, également dans le but d'activer les débats, qu'il soit décidé, ainsi que cela se pratique dans certaines assemblées, qu'on ne prendra en considération que les seuls amendements qui auront réuni l'adhésion préalable d'un certain nombre de membres à fixer par la Conférence. Plusieurs délégués s'élèvent contre cette proposition et, à la suite d'une conversation à laquelle prennent part MM. le Dr Sawas, chev. Pinto de Soveral, Dr Goodeve, Stenersen, Cte de Lallemand, la Conférence se prononce pour la liberté complète dans la discussion. Chaque membre restera libre d'introduire telle contre-proposition et tel amendement que bon lui semblera.

M le Dr Fauvel invité à prendre la parole sur la proposition dite d'urgence, déclare que les développements fort étendus dans lesquels il se verra forcé d'entrer exigeront un temps assez long et que, vû l'heure avancée, il préfère renoncer à son tour d'inscription et céder la parole à M. le Dr Pelikan qui l'a demandée après lui.

M. le Dr Pelikan lit une note dans laquelle il s'attache surtout à contester l'urgence des mesures proposées par MM. les Délégués français. M. le Délégué de Russie se fonde sur ce fait que les données statistiques que possède la science depuis 1817, prouvent que l'épidémie, toujours partie des Indes, n'a jamais suivi deux années de suite la même route pour venir en Europe, par la raison sans doute que *le développement épidémique du choléra ne peut s'expliquer uniquement par sa transmissibilité*. L'épidémie de 1865 a, d'ailleurs, laissé en Europe une masse de germes cholériques, et ces germes, en se développant au printemps, constitueront un danger beaucoup plus à redouter que l'importation conjecturale du fléau Indien par le pèlerinage. M. le Dr Pelikan pense, pour ces diverses raisons, que la proposition française ne pourrait que gagner a être dépouillée du caractère d'urgence qui lui a été attribué. Elle serait certainement alors moins exposée aux objections qu'elle a soulevées et qui se rattachent, pour la plupart, à la difficulté d'appliquer d'une manière pratique les mesures projetées et aussi à la nécessité de les compléter par des renseignements locaux et précis qui font jusqu'ici défaut.

Mirza-Malkom-Khan, donne ensuite lecture d'un mémoire où il insiste

pour l'adoption de l'amendement présenté par son honorable collègue M. le Dr Sawas en demandant,toutefois,que l'exception réclamée par lui en faveur d'Yambo soit étendue au port d'Omar ; mieux vaudrait, dans son opinion, supprimer complètement le pèlerinage et forcer les pèlerins à rester tranquillement chez eux, que de leur interdire absolument la voie de mer, c'est à-dire de les condamner, au nom de l'humanité, à périr de faim et de misère dans le désert.

M. le Délégué de Perse croit que la proposition française, sans parler de ses autres inconvénients, aurait celui de soulever des tempêtes de haine dans le monde musulman et de créer les plus graves difficultés aux Gouvernements Orientaux. Les idées, les mœurs, les doctrines et la logique de l'Asie sont tellements différentes de celles de l'Europe que cette seule idée que les Souverains Musulmans se sont entendus avec les Puissances Européennes pour règlementer la marche des pèlerins, suffirait pour changer complètement les rapports de ces Souverains avec leurs sujets et pour les mettre en but aux attaques d'un fanatisme d'autant plus violent que, dans ces derniers temps, tout a été fait pour le comprimer.

Les puissances de l'Europe, continue Mirza-Malkom Khan, peuvent tout obtenir des peuples de l'Asie pourvu qu'elles sachent sauver les apparences et donner à leurs demandes une forme qui les rende admissibles, et c'est pour cette raison qu'il faut laisser ouverts les ports d'Yambo et d'Omar. La mesure proposée par MM. les Délégués Français n'y perdra rien de son efficacité et on évitera ainsi de porter atteinte à des sentiments religieux qu'il serait dangereux de froisser. La Perse, en ce qui la concerne, est prête à faire tout ce qui dépendra d'elle pour assurer le succès de la mission confiée à la Conférence,mais que la Conférence n'oublie pas que dans cette circonstance,la tâche des puissances Musulmanes est pleine de difficultés et de dangers, et qu'il n'est donné à aucun gouvernement, même dans les pays les plus civilisés, de détruire à son gré les préjugés de ses peuples.

Après ce discours, la parole est accordée à M. le Dr Monlau qui l'a demandée pour une motion d'ordre. M. le Délégué d'Espagne pense qu'en présence des nombreuses propositions et contre-propositions qui se sont produites, il serait nécessaire de fixer l'ordre dans lequel elles seront discutées. Après avoir entendu MM: le Dr Sawas, Dr Monlau, Cte de Lallemand, de Krause, Segovia et Dr Sotto, la Conférence décide que la discussion est ouverte sur la proposition de MM. les Délégués de France

et, en outre, à la majorité de 17 voix contre 3, que la prochaine séance aura lieu le lendemain, mardi 27 du courant, à une heure.

M. le C^te^ de Lallemand fait connaître aussitôt après ce vote que la commission chargée de l'élaboration d'un projet de programme a terminé son travail, que son rapport est déjà à l'impression et qu'en conséquence, elle est dès aujourd'hui aux ordres de la Conférence.

Sur la demande qui en est ensuite faite par M. Segovia, S Exc. Salih Efendi annonce qu'il fera les démarches nécessaires pour que des cartes hydrographiques de la mer Rouge soient mises à la disposition de la Conférence.

La séance est levée à cinq heures.

Le Président de la Conférence Sanitaire,

SALIH.

Les Secrétaires,

B^on^ DE COLLONGUE. — D^r^ NARANZI.

1er *ANNEXE AU PROCÈS-VERBAL N°* 3.

RAPPORT

De la Commission chargée d'examiner la proposition, présentée par MM. les Délégues du gouvernement français, sur les mesures à prendre dans le cas où le choléra se manifesterait cette année parmi les pèlerins réunis à La Mecque.

Membres de la Commission :

MM. Vetsera.
Docteur Fauvel.
Stuart, *président.*
Profess. Bosi.
Docteur Sawas.
Docteur Lenz.
Docteur Bartoletti, *secrétaire-rapporteur.*

Messieurs,

C'est avec raison, à un titre bien juste, que dès votre première séance, vous avez voué votre sollicitude à une question d'urgence, digne d'être prise, avant tout, en considération sérieuse.

Telle est l'opinion de la majorité de la Commission sur les mesures à prendre dans le cas où le choléra se manifesterait cette année parmi les pèlerins réunis à La Mecque, et dont MM. les Délégués de France vous ont fait la proposition.

Agissant dans un esprit d'intérêt général, vous avez nommé une Commission de sept membres, chargée d'examiner cette question importante.

Votre Commission vient aujourd'hui vous présenter son rapport. Elle aurait bien voulu pouvoir vous annoncer un résultat découlant d'un accord unanime et vous proposer une solution homogène dans un sens ou dans l'autre ; mais malgré tous les efforts qu'elle a faits, en quatre longues séances où tout a été débattu et analysé, elle n'a pu arriver à faire converger sur un seul point les opinions divergentes qui se sont produites dans son sein.

C'est d'abord une question d'opportunité et de compétence qui a été soulevée, question de savoir si la Commission pouvait, sans engager l'avenir, être appelée à proposer des mesures de quarantaine avant que le principe de la transmissibilité du choléra ne fut consacré par la Conférence, et si, en conséquence, il n'était pas nécessaire d'obtenir d'avance le consentement des gouvernements ?

A cette première objection, il fut répondu que la réunion même de la Conférence impliquait la reconnaissance du principe de la transmissibilité, et la majorité de la Commission, six voix contre une, s'est prononcée dans ce sens. Mais il n'est pas moins regrettable qu'à la suite de cette solution, un de ses membres, M Stuart, ait cru devoir s'enfermer dans un système d'abstention qui a privé la Commission d'un vote important dans toutes les autres questions successivement débattues,

La proposition de MM. les Délégués de France consiste principalement, vous le savez, Messieurs, *dans l'interdiction, pendant la durée de l'épidémie, de toute communication maritime entre les ports arabiques et le littoral égyptien*, en laissant ouverte aux pèlerins la route du désert pour le retour en Egypte. En d'autres termes, y est-il dit, les pèlerins seraient assujétis à faire quarantaine, soit sur place pour ceux qui préféreraient attendre dans le Hedjaz la fin de l'épidémie, soit dans le désert pour ceux en plus grand nombre qui suivraient la caravane. Nous passons sur les accessoires qui complètent cette proposition, car la plupart des objections ont été dirigées contre l'essence même du projet.

Constatons d'abord que la Commission a reconnu à l'unanimité la gravité du danger dont on serait menacé, si par malheur le choléra devait se manifester encore cette année à La Mecque parmi les pèlerins, et elle a admis, sauf une abstention, la nécessité d'opposer une barrière efficace contre une nouvelle invasion du fléau. Notons aussi que la mesure proposée par MM. les Délégués de France jugée en principe comme le plus sûr moyen de succès en face du danger, n'a été combattue que dans les moyens de son application. C'est en effet à l'endroit de l'exécution qu'on la trouve en désaccord avec les sentiments d'humanité qui doivent présider aux mesures à imposer aux pèlerins, et c'est de là que surgissent les difficultés.

C'est ainsi qu'on y a objecté des craintes sérieuses de laisser manquer d'eau et de vivres les milliers de pèlerins qui seraient restés aux

environs de La Mecque pour attendre la fin de l'épidémie ; on a fait valoir aussi l'impossibilité de pourvoir, en l'état actuel des choses, aux moyens de transport des pèlerins qui auraient à suivre la caravane, l'habitude des grandes caravanes s'étant perdue, même parmi les Arabes, depuis l'introduction de la navigation à vapeur dans la mer Rouge ; on a insisté surtout sur les dangers auxquels serait exposée la population de Djeddah, si les pèlerins, amassés à La Mecque en proie à l'épidémie et à la famine, se ruaient sur cette ville pour s'y nourrir par le pillage ou pour s'embarquer.

Ces craintes, affirmées d'une part avec ténacité, ont été énergiquement combattues de l'autre comme illusoires, insoutenables. En effet, a t-on dit, quoi de plus erroné que de croire qu'une ville telle que La Mecque, qui, comme cela s'est vu parfois, peut alimenter jusqu'à 80 mille pèlerins puisse manquer de vivres parce qu'elle doit en nourir pour un peu plus de temps un nombre relativement minime ! De même que les vivres, a-t-on dit encore, l'eau ne peut pas manquer, et pour ne pas être de la meilleure qualité, elle n'est pas moins suffisante pour satisfaire aux besoins d'une quantité de pèlerins beaucoup moins grande cette année qu'on veut le supposer. Et puis, a t-on ajouté, rien de plus facile que de ravitailler La Mecque, au besoin, par la voie de Djeddah, si les Arabes qui l'alimentent pendant le pèlerinage en y faisant affluer des vivres en abondance, devaient, par impossible, y faire défaut cette année. A la question des moyens de transport on a répondu qu'il suffit de savoir qu'une des richesses du pays c'est le chameau, pour n'avoir pas la crainte que les montures puissent manquer aux pèlerins. Un avis suffira pour les faire arriver par milliers et la spéculation dans ce cas ne manquera pas à sa tâche. Si donc, a-t-on conclu, les vivres et les moyens de transport ne peuvent pas manquer, où serait le danger des collisions qu'on redoute du côté de Djeddah ? Ce danger, au contraire, serait réel si les pèlerins pouvaient compter y trouver des navires pour s'embarquer, ce qui n'aurait pas lieu sous le régime de l'interdiction maritime.

C'est dans ces circonstances, chacun ayant gardé ses propres convictions, que M. le Délégué de Turquie, membre de la Commission, a proposé de substituer à l'interdiction maritime absolue un système méthodique d'embarquement. Les pèlerins prendraient passage par fractions, sur des bateaux à vapeur expressement affectés à ce service, et seraient déposés dans des lazarets convenablement placés sur différents points du littoral égyptien

de la mer Rouge, tels que Tor, Cosséir et autres, où ils purgeraient une quarantaine rigoureuse. Une pleine liberté serait laissée à ceux des pèlerins qui, pour éviter cette quarantaine, préféreraient suivre la voie de la caravane (Voir l'annexe au présent rapport).

Cet amendement, ou si l'on veut cette proposition, a rencontré, d'une part, une opposition soutenue comme étant diamétralement contraire au projet de MM. les Délégués de France, tandis que d'autre part, elle n'a pas trouvé l'appui présumable auprès de ceux mêmes qui reculent devant le projet français.

M le Délégué du gouvernement français a soutenu que le système proposé est illusoire, parce que les lazarets ainsi improvisés n'offrent aucune garantie de sécurité, cruel pour les pèlerins parce qu'il serait plus difficile de les ravitailler que La Mecque, périlleux au point de l'embarquement pour les collisions qui peuvent s'en suivre, d'autant plus périlleux que, d'après le projet ottoman, il faudrait un temps considérable pour opérer l'évacuation des pèlerins. Toutes ces mesures, a-t-il dit, qui sont autant de sacrifices pour les pèlerins, seraient impuissantes à sauver le pays d'une invasion du choléra. Il s'est d'ailleurs réservé de développer cet argument devant la Conférence.

Un autre membre de la Commission a objecté le peu de sécurité qu'offrent contre l'importation du choléra des lazarets tels que les propose M. le Délégué de la Porte.

M. le Délégué de Perse a mis en avant un autre amendement essentiellement différent du précédent. Il a proposé de maintenir l'interdiction maritime vis-à vis du port de Djeddah et de proclamer comme unique voie du retour des pèlerins, celle du désert. La caravane irait ainsi jnsqu'à Médine et de là elle se rendrait à Yambo, où il serait permis aux pèlerins de s'embarquer pour l'Egypte. Dans le cas où le choléra existerait encore parmi eux, ils seraient astreints à faire quarantaine dans les lazarets organisés sur le littoral égyptien d'après le plan proposé par M. le Délégué ottoman.

Ce second amendement a été considéré par deux membres comme réunissant tous les inconvénients attribués au projet français à ceux de la proposition ottomane, c'est-à-dire qu'il n'offre ni soulagement pour les pèlerins ni sécurité contre la propagation du choléra en Egypte.

Après avoir été longuement discutées, les diverses propositions ont été mises aux voix.

Le principe de la proposition de MM. les Délégués de France a obtenu 3 voix favorables, contre 3. Une abstention.

L'amendement de M. le Délégué de Turquie a été rejeté par 5 voix contre 1. Une abstention.

L'amendement de M. le Délégué de Perse a été appuyé par 2 voix, contre 4. Une abstention.

Messieurs, la Commission, comme nous l'avons dit au commencement de ce rapport, a porté une égale attention, un égal intérêt à l'examen du projet de MM les Délégués de France et des deux amendements qui ont été proposés. Elle a discuté longuement la question des vivres, de l'eau et des moyens de transport dont le défaut aurait mis le plus grand obstacle au retour de la caravane par le désert; mais les explications données de part et d'autre n'ont pas abouti au résultat désirable d'une entente et chacun est resté dans ses propres convictions, bien que l'on fût d'accord, sauf une exception, sur la nécessité de prendre des mesures d'urgence contre le danger imminent d'une nouvelle invasion du choléra.

Nous espérons néanmoins que la Conférence, appréciant l'intérêt humanitaire invoqué de part et d'autre et qui semble avoir été la seule et unique cause du désaccord qui s'est produit au sein de la Commission, la Conférence, disons nous, prononcera son verdict avec l'autorité qui lui appartient.

(Signé): VETSERA; FAUVEL; STUART, *président;* BOSI; SAWAS; LENZ; BARTOLETTI, *secrétaire-rapporteur.*

ANNEXE AU RAPPORT DE LA DITE COMMISSION.

Amendement soumis à la Commission chargée d'examiner la proposition de MM. les Délégués de France, par M. le Dr. Bartoletti.

Messieurs,

Permettez-moi de vous rappeler les craintes qui ont surgi dans le sein de la Commission au sujet du manque de vivres, d'eau, de moyen de transport,et de toutes les conséquences quien résulteraient pour la caravane des pèlerins, si elle devait rentrer en Egypte par l'unique voie du désert. Je ne revien drai pas sur les détails de cette question qui ont été assez développés et discutés ; mais ces craintes que j'ai confirmées par une communication du 19 février, ont renforcé l'opinion que l'interdiction absolue de la voie de mer pourrait devenir fatale aux pèlerins, tant à La Mecque, où ils seraient forcés d'attendre la fin de l'épidémie, que dans le parcours du désert pour ceux qui s'y seraient engagés.

Il avait été question aussi des dangers qu'aurait à courir la population de Djeddah, si les pèlerins, décimés par la maladie et livrés à la famine et au désespoir, prenaient le parti de faire irruption sur cette ville pour se procurer des vivres par le pillage, ou pour s'y embarquer par la violence.

Ces puissantes considérations, invoquées par les uns, combattues énergiquement par les autres, ont provoqué une grande hésitation dans l'esprit de plusieurs membres de la Commission, appelée à donner son avis sur la proposition de MM. les Délégués de France. C'est en présence de ces difficultés que je vous ai proposé de les détourner en renonçant à l'interdiction absolue de la voie de mer et par une série de mesures que vous m'avez engagé à vous développer aujourd'hui. J'ai hâte, Messieurs, de répondre à votre désir, car il est urgent de fixer, les bases du rapport que nous devons présenter à la Conférence.

J'essaierai de classer les mesures à prendre en trois séries pour donner à ma pensée autant de clarté que possible. C'est ainsi que je vais vous proposer des mesures applicables au départ, une réglementation métho-

dique du transport par mer, des quarantaines et tout ce qui s'y rattache aux lieux de l'arrivée.

Quant au premier point, les mesures consisteraient :

1° A renforcer le personnel de la commission ottomane du Hedjaz dont le noyau principal fonctionnerait à Djeddah tout le temps que durerait l'embarquement des pèlerins;

2° A faire soutenir la commission par un concours efficace des autorités locales qui lui fourniraient tous les moyens dont elle pourrait avoir besoin pour règler le départ des pèlerins suivant les instructions qui lui ont été données par le Conseil de Santé et qui seraient complétées selon les vues de la Conférence.

Les mesures applicables au point de départ étant ainsi déterminées, je passe aux mesures à instituer aux lieux de l'arrivée pour venir ensuite aux conditions du transport des pèlerins sur les bateaux à vapeur.

Pour atteindre le but que nous nous proposons d'obtenir des mesures applicables à l'arrivée, c'est-à dire la plus grande somme de sécurité contre l'invasion du choléra, je pense qu'il faudrait :

1° Improviser en toute hâte, vû l'urgence, plusieurs lazarets composés de barraques et de tentes, sur différents points du littoral égyptien de la mer Rouge. Ces lazarets seraient placés sur des points facilement abordables, absolument isolés et pourvus d'eau en quantité suffisante pour satisfaire aux besoins d'une grande masse d'hommes réunis ensemble. Ils doivent être situés à de grandes distances entre eux et aussi loin que possible de toute localité habitée. Outre Tor, connu pour son aptitude à l'établissement d'une quarantaine de ce genre, je crois pouvoir proposer, sur la côte africaine, un endroit sis dans le voisinage de Cosséir, ce qui faciliterait le retour dans leurs foyers d'une grande fraction de pèlerins, et un autre endroit sur la côte arabique à l'entrée du golfe d'Akaba, tel que Kalaat-el-Moïle, localité remarquable pour l'excellence de ses pâturages et la bonté de son eau Il y aurait, peut-être, un quatrième point à choisir, mais le manque de renseignements m'oblige à ne pas me prononcer. Les pèlerins de la Nubie se rendraient à Souakin et à Massouah où il y aurait aussi des lazarets expressement établis pour eux. Du reste c'est une question, celle des localités à déterminer, qui a besoin d'être mieux étudiée avant que d'être proposée d'une manière sûre et définitive. C'est à l'effet d'arriver à l'exacte connaissance des localités à choisir qu'un télégramme a été transmis au

gouvernement égyptien lui demandant les renseignements nécessaires, et nous comptons pouvoir, dans un bref délai, vous en communiquer la réponse. Les lazarets établis, des lazarets, bien entendu, composés de barraques et de tentes, il appartiendra à la sollicitude du gouvernement ottoman, de concert avec l'Egypte, de pourvoir aux moyens de subsistances des quarantaines et d'y envoyer un nombreux personnel de service ainsi que la force militaire nécessaire pour maintenir l'ordre et la discipline parmi les pèlerins.

Il me reste, maintenant, à vous proposer la manière d'opérer le transport des pèlerins depuis Djeddah, lieu de l'embarquement, jusqu'aux points du littoral égyptien qui seraient désignés pour les recevoir en quarantaine. L'année passée, il y eut 17,000 pèlerins qui rentrèrent par Suez, en supposant un chiffre de 16,000 qui ne sera pas probablement atteint cette année, chacun des quatre lazarets en recevrait 4,000. Huit bateaux à vapeur seraient destinés à faire, chacun, quatre fois le voyage ayant à bord 500 pélerins. Ce nombre ne devrait pas être dépassé non-seulement pour éviter l'encombrement du bord, mais aussi pour donner le temps aux convois précédents d'achever leur quarantaine et évacuer les lazarets que les convois subséquents trouveraient disponibles en y arrivant. De cette façon, la grande agglomération de pélerins, si redoutable, en temps d'épidémie, ne serait pas à craindre, et le ravitaillement en serait d'autant plus facile. En d'autres termes, le transport des pèlerins se ferait progressivement et par fractions. Dans cette combinaison, la police de terre et de mer serait exercée par les forces ottomane et égyptienne, et la Porte se chargerait de règler avec l'Egypte la question des approvisionnements pour ne rien laisser manquer aux quarantenaires.

Notez bien, Messieurs, que ce n'est point une contre-proposition que nous entendons formuler, mais tout simplement une modification de celle que la Commission est chargée d'examiner. Nous ne proposons pas de substituer la voie de mer à celle du désert, mais de laisser la liberté aux pèlerins de s'embarquer ou de faire le voyage en caravane, en les prévenant des difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans le système opposé au voyage par mer. Cette circonstance si elle était bien comprise par les pèlerins, aurait pour effet de diminuer les départs par mer en proportion du nombre des pèlerins qui se décideraient librement à suivre la voie du désert.

BARTOLETTI.

2me *ANNEXE AU PROCÈS-VERBAL N° 3.*

Projet d'amendementt concernant la proposition d'urgence de MM. les délégués du Gouvernement Français, présenté par le Dr. Sawas, délégué de Perse.

Messieurs,

Vons venez d'entendre lecture du rapport de la commission chargée d'étudier le projet présenté par MM.les Délégués de la France. Le projet en question, ainsi que celui de M. le Dr Bartoletti, n'ayant pas pu réunir les suffrages de la commission, j'ai proposé l'amendement dont vous avez entendu l'énonciation. Cet amendement, présenté dans un but de conciliation, rend à mon avis le projet français acceptable. Ce projet ainsi modifié cesse de présenter les graves inconvénients auxquels son exécution pourrait donner lieu, et il conserve en grande partie sa facilité d'application primitive. Telle est ma conviction. Elle est peut-être erronée ; mais elle est sincère. En vous la soumettant, je n'ai point le dessein et moins encore la prétention de vous induire à partager une erreur ; au contraire, je vous engage à juger ma proposition avec la plus grande sévérité. Je ne demande qu'à être écouté avec patience et sans prévention.

L'amendement proposé diffère peu du projet fondamental, je ne demande qu'une seule exception à la mesure d'interdiction en faveur de la ville

maritime de Yambo, port de l'Eyalet de Haremi Navebi, dont le chef-lieu est la ville de Médine.

Médine est la seconde ville arabique que les pèlerins doivent visiter. Ils s'y rendent les uns avant d'aller à la Mecque, les autres après. Les premiers sont généralement ceux qui viennent du Nord faisant le voyage par terre, les seconds sont, comme de nature, ceux qui font le voyage par mer et débarquent à Djeddah. C'est cette seconde catégorie que les mesures proposées par les Délégués de France concernent particulièrement. L'interdiction des communications maritimes ferait évidement peu de chose aux pèlerins qui arrivent à la Mecque par terre, surtont si ces derniers savent d'avance qu'ils doivent retourner par le même chemin. Mais ce n'est plus la même chose pour les autres. Les moyens de transport doivent nécessairement faire défaut à ces derniers, et il leur est impossible de se les procurer sur place. Ces derniers sont donc condamnés à attendre sur les lieux la fin de l'épidémie.

Trève aux illusions, Messieurs ! Chaque pèlerin, pour prendre la voie du désert, a besoin de quelques chameaux, au plus pauvre il en faut deux. Il est impossible que sous le soleil ardent de l'Arabie et sur le sable brûlant du désert, un homme puisse faire à pied 8 à 10 heures par jour. Or, tout calcul fait, vous avez à la Mecque une multitude qui ne peut pas s'en aller, qui ne peut pas y séjourner, et à laquelle il faut ouvrir un chemin autre que celui de Djeddah. Je propose comme tel celui de Médine, station intermédiaire entre la ville de Mecque, centre de l'épidémie, et le port de Yambo, que je veux soustraire à la mesure d'interdiction du projet primitif. En d'autres termes, j'invite la multitude affamée, manquant d'eau, flagellée par le choléra, et qu'on voudrait séquestrer à la Mecque, je l'invite, dis-je, à venir s'embarquer à Yambo. J'ouvre aux hommes un chemin comparativement facile. Je donne aux esprits une direction atténuant la sévérité, la dureté qu'aurait pour eux une mesure toute exclusive.

Cela posé, examinons cette proposition dans ses détails. Supposons que, ce qu'à Dieu ne plaise, le choléra éclate à la Mecque, et que l'interdiction générale des communications maritimes soit proclamée. Ceux des pèlerins qui peuvent s'en aller par la caravane, le feront tout de suite et sans attendre nos conseils ni les ordres des autorités ; mais voyons un peu ce que ces mêmes autorités devront dire à ceux qui se trouvent dans l'imposibilité de suivre la caravane. A ces derniers, dira-t-on, l'autorité n'a qu'à faci-

liter les moyens de départ, elle n'a qu'à affecter à ce but l'argent qu'elle dépenserait pour établir des campements et des lazarets trompeurs et pernicieux ; de la sorte, elle les verra s'écouler joyeux et paisibles, et s'engager avec la docilité du mouton dans la voie du désert. Cette possibilité a été tellement contestée qu'il me semble oiseux de l'examiner une autre fois au point de vue des difficultés matérielles. Je dirai seulement que, l'autorité fut-elle même en état de tout fournir à la multitude irritée et dévote qu'elle se propose de conduire, elle devrait encore se bien garder de lui déclarer qu'elle lui a fermé tous les ports de la mer Rouge. Ceux parmi vous, Messieurs, qui connaissent l'Orient, n'ont pas besoin que je leur explique le pourquoi. Quand à ceux, qui ignoreraient nos mœurs, nos idées et la tendance de l'esprit de nos populations, ils ne verraient, dans les courtes explications qu'il me serait possible de leur donner ici, que des paradoxes insoutenables. Or, je m'en abstiens, et passe outre.

Suivant mon projet, l'autorité ne se trouverait point dans la nécessité de faire des déclarations subversives de l'ordre religieux ; elle dirait seulement que le port de Djeddah ayant été condamné pour des raisons sanitaires, les bateaux à vapeur recevraient à Yambo les pèlerins pour les transporter sur le littoral égyptien,et qu'elle offrirait à ces derniers de leur venir en aide pour ce voyage. Cela disant, le gouvernement prend un engagement qu'il lui est possible de remplir : 1° parce que le voyage entre la Mecque et Médine est le tiers seulement du chemin que la caravane doit faire pour arriver par le désert à l'isthme de Suez ; 2° parce que tous les ans il y a une caravane qui part de la Mecque pour se rendre à Médine, et qu'avec un léger sacrifice, l'autorité peut la renforcer et y adjoindre ceux des pèlerins qui manquent de moyens ; 3° parce que tout pèlerin est content, heureux, de visiter et même de visiter une seconde fois la ville de Médine. Le gouvernement s'impose, je le répète, une tâche facile ; il abonde dans le sens des pèlerins, et leur indique un chemin comparativement court dont le but est en tout point conforme avec les tendances des esprits, avec les convictions, les exigences religieuses.

Les pèlerins, une fois à Médine, leur sort cesse de me préoccuper ; ils se trouvent sur un sol fertile, dans une ville heureuse, ils peuvent sans crainte de famine y attendre la fin de l'épidémie. Il serait superflu de vous dire que partout où il y a des pâturages, le bétail abonde et que les

moyens de transport, chameaux, etc., y abondent également pour la locomotion dans la province.

Cela étant, énumérons les inconvénients qui disparaissent par le simple fait du transport des pèlerins à Médine. Nous reviendrons après à la question de leur embarquement à Yambo :

1er inconvénient écarté. A Médine, ils ont de quoi vivre, eux et leurs montures, tandis qu'à la Mecque ils sont exposés à mourir de faim ;

2me inconvénient écarté. Celui des dangers qui planeraient sur Djeddah pendant tout le temps qu'une multitude affamée et en proie au choléra serait séquestrée à la Mecque ;

3me inconvénient écarté. Celui des collisions sanglantes qui seraient la conséquence inévitable de toute tentative faite pour ravitailler Djeddah par mer sous les yeux des pèlerins affamés.

Ces trois inconvénients inhérents au projet français cessent et même disparaissent par le simple fait du départ des pèlerins pour Médine.

Un quatrième inconvénient, inhérent celui-ci au projet de M. Bartoletti, disparaît également, c'est celui des luttes à main armée que susciteraient, suivant le projet français, l'écoulement partiel et l'embarquement méthodique des pèlerins à Djeddah.

Mais, me dira-t-on, qui empêche vos pèlerins d'aller à Médine ? Nous proclamons l'interdiction complète des communications maritimes, et nous laissons à MM. les pèlerins toute la liberté voulue d'aller par terre, et d'attendre la fin de l'épidémie telle part qu'il leur plaira en Arabie. Préfèrent-ils Médine, que nos souhaits les y accompagnent. Voilà juste le point où l'on se trompe : le pèlerin vient à Médine alors que vous lui montrez le port de Yambo ouvert, avec un service organisé de bateaux tout prêts à le transporter en Egypte, alors que vous lui facilitez les moyens d'y arriver, et enfin parce qu'ainsi agissant vous n'avez point l'air de toucher à ses croyances les plus chères. Avec ce système, le pèlerin ne verra plus l'accomplissement d'un devoir sacré entravé ou restreint par des mesures absolues, que lui, dans son ignorance, considère comme injustes et hostiles. J'ai dit qu'on se trompe, et je le répète. On se trompe parce qu'on raisonne en homme éclairé ; mais qu'on se place au point de vue des pèlerins, qu'on raisonne pour un moment comme le font les pèlerins, et l'on comprendra aisément toute l'erreur. Les pèlerins sont loin de considérer nos mesures comme humanitaires, loin de croire que nous nous préoccupons

d'eux et que nous nous intéressons vivement à leur sort. Ils sont portés à ne voir dans nos interdictions que des mesures vexatoires de leurs pratiques religieuses, que des tentatives d'envahissement du territoire sacré, où ils craignent de nous voir mettre un pied profane. Je me résume : dites au pèlerin, quand il se trouve à la Mecque, que vous lui interdissez toute sorte de communication maritime, et vous êtes sûr de le voir se révolter. Dites-lui, au contraire, que vous ne lui interdissez qu'un seul port, celui de Djeddah, qu'en revanche vous lui ouvrez celui de Yambo avec de nouvelles facilités, et vous avez tout l'espoir raisonnable de l'attirer sans violence et sans secousse à Médine.

Les pèlerins ne sont pas du reste les seuls hommes que nous devions ménager en Arabie ; il faut aussi que nos mesures ne soient pas de nature à exciter le mécontentement des tribus et de leurs cheikhs ; autrement nous créons les plus sérieux embarras au gouvernement local, si nous décrétons des mesures de nature à gêner le libre exercice de la souveraineté territoriale. Mais revenons à notre amendement.

Les pèlerins pour arriver de la Mecque à Médine, mettraient au moins 15 jours ; ils s'arrêteraient 2 ou 3 jours sur les lieux, et prendraient enfin le chemin de Yambo ; ils mettraient 5 ou 6 jours pour y arriver, de façon que leur voyage durerait 25 jours environ, espace de temps qui offrirait beaucoup de probabilité que dans l'intervalle le choléra disparût de leur milieu. « Le voyage dans le désert, nous dit-on dans le projet français, est la meilleure des quarantaines à appliquer à une multitude. » Nous savons du reste que la dissémination et le déplacement sont les meilleurs moyens qu'on puisse employer pour éteindre ce fléau.

Toutes choses égales d'ailleurs, et pour ne rien omettre, supposons que les pèlerins puissent arriver à Yambo après un mois de voyage et après plusieurs stations, ayant encore le choléra parmi eux, et bien, il nous paraît infininiment plus facile de les soumettre à Yambo aux mesures que M. Bartoletti nous propose de leur appliquer à Djeddah. Nous nous faisons fort de le prouver ; mais auparavant reprenons les objections qu'on nous a faites en commission, et qui figurent dans le rapport dont vous avez pris connaissance.

En premier lieu, on nous conteste que le voyage de la Mecque à Médine soit de 15 jours au moins. Or il est de notoriété publique que l'espace qui sépare les deux villes est de 430 kilomètres ; il est connu également que le

chameau fait à peine 3 kilomètres par heure dans le désert sur ces points d'appui aussi peu solides que l'est un terrain sablonneux, et qu'une caravane peut avec difficulté voyager plus de 8 heures par jour dans ce climat brûlant; mais pour être accommodant, nous accordons 10 heures de marche par jour ; or, la caravane, faisant 30 kilomètres par jour, ne peut arriver à Médine que le 15e jour, et cela sans faire aucune étape prolongée, comme cependant les caravanes sont dans l'habitude d'en faire. Voilà à quoi se réduit la première des objections. Voyons si la seconde est plus fondée.

Elle consiste dans les difficultés que présente aux pèlerins le voyage entre Médine et Yambo. Le pays est montagneux, nous dit-on, des tribus insoumises empêchent le passage ; enfin les obstacles sont tels, qu'il n'y a que très peu de pèlerins, les plus courageux et les plus riches, qui osent tenter ce voyage. Si ceux qui nous font des objections, s'étaient imposé la tâche de soutenir notre amendement, certes ils n'auraient pas trouvé de meilleurs éloges à lui faire ! Plus les difficultés entre Médine et Yambo sont grandes, moins de pèlerins pourront se rendre à cette dernière ville; moins de pèlerins se rendent à Yambo, moins de difficultés présentent leur embarquement, et d'autant moins notre amendement offre d'inconvénients.

Des renseignements que nous avons recueillis auprès de plusieurs pèlerins, il résulte que le voyage entre Médine et Yambo est effectivement difficile, et voilà pourquoi nous soutenons que ce dernier port pourrait rester libre sans inconvénient. Le nombre des pèlerins qui y arriveraient serait comparativement minime, les huit bateaux à vapeur dont il est question dans le projet de M. Bartoletti pourraient en un seul vogage les transporter en Egypte, et tout danger de collision aurait disparu. Il y a sans nul doute plus de place que de pèlerins, et l'embarquement n'offrira aucune ou à peu près aucune difficulté.

Et les autres pèlerins, ceux qui ne peuvent aller à Yambo, que deviennent-ils ? me direz-vous, Messieurs. Je serai dans mon plein droit de répondre à votre demande par une autre demande. Je serai justifié de vous demander ce que sont destinés à devenir ceux des pèlerins qui ne peuvent pas suivre la caravane, et que vous condamnez à rester à la Mecque. Le sort des uns et des autres n'offre que deux ou trois points de différence, points qui militent encore en faveur de l'amendement que nous vous proposons. Suivant le projet français, un grand nombre de pèlerins est destiné

à faire quarantaine à la Mecque, où il risquent de périr par la famine et d'où il menacent de se ruer sur Djeddah. Suivant le même projet avec l'amendement persan, un nombre moins grand de pèlerins est condamné à attendre la fin de l'épidémie à Médine où les moyens de subsistance abondent. Faut-il enfin que nous vous rappelions qu'il est impossible à ces derniers de se jeter sur Djeddah, Djeddah étant loin. S'ils pensaient à y retourner, ils n'y arriveraient qu'à la fin de l'interdiction, et ils pourraient s'embarquer librement et aller où bon leur semblerait.

Les pèlerins qui arriveraient à Yambo seraient embarqués, comme nous venons de le dire, et transportés sur le littoral égyptien ; au cas qu'ils auraient encore quelques malades cholériques parmi eux, ils seraient déposés à Tor et à Calaat-el-Moire. Ces deux endroits seuls suffiraient parfaitement pour le nombre des pèlerins qui s'embarqueraient à Yambo. Là des lazarets convenablement organisés les recevraient, et ils pourraient purger leur quarantaine sans aucun inconvénient. L'amendement que nous proposons nous donne le temps de tout organiser, car en dehors des deux mois qui nous restent d'ici au Courban-Baïram, nous avons en outre les quinze jours que les pèlerins mettront pour arriver à Yambo.

Si l'on adoptait l'amendement que nous proposons, le projet serait exécuté de la manière suivante, sauf les modifications que la Conférence jugerait convenables :

1° Un renfort serait immédiatement envoyé à la commission sanitaire du Hedjaz :

2° La commission ainsi renforcée se diviserait en trois sections, l'une se rendrait immédiatement à Tor et à Calaat el-moire pour organiser les lazarets et les campements. La seconde s'établirait à Médine. La troisième, composée au moins de trois personnes, formerait la réserve et resterait à Djeddah ;

3° L'autorité locale emploierait tous les moyens de persuasion pour faire comprendre aux pèlerins qu'il est dans leur intérêt de prendre la voie de terre. Elle viendrait au secours des nécessiteux pour le voyage relativement court de la Mecque à Médine ;

4° La section de la commission médicale résidant à Médine, de concert avec les autorités de l'endroit, aurait préparé tout ce qu'il faut pour ravitailler et faire camper la caravane à son arrivée. Si la caravane arrivait avec des malades cholériques, on ferait tout le possible pour la persuader

à rester pendant quelques jours dans son campement. Il serait même possible, en lui fournissant les moyens de subsistance, de la persuader à purger en entier sa quarantaine sur place. Il est entendu que la commission médicale prendrait avant l'arrivée et maintiendrait durant le séjour de la caravane toutes les mesures hygiéniques indiquées en pareille circonstance;

5° Ceux des pèlerins qui arriveraient à Yambo, où toutes les mesures convenables dans le sens ci-dessus auraient été aussi prises d'avance par la même section de la commission médicale, seraient envoyés et transportés directement à Tor et Calaat el-Moire ;

6° Les membres de la commission médicale stationnant à ces deux lazarets soumettraient les arrivants aux pratiques sanitaires voulues, ou les laisseraient poursuivre leur voyage, toutefois après les avoir gardés trois jours pleins en observation.

Mon amendement a été qualifié par deux des membres de la commission *ad hoc*, comme un composé des inconvénients des deux autres projets. Je m'attends par conséquent à une critique sévère à laquelle je suis préparé, et que je saurai réfuter. Par la discussion qui va surgir, vous serez plus éclairés sur la question et plus à même de vous prononcer. Je vous prie seulement de ne pas perdre de vue pendant la durée de la discussion les points suivants :

1° Qu'il est matériellement impossible qu'une multitude puisse rester, ne fût ce que trois jours, après les fêtes à la Mecque;

2° Que la même multitude peut parfaitement séjourner à Médine ;

3° Qu'il est possible à l'autorité de transporter cette multitude de la Mecque à Médine. Les moyens exigés sont beaucoup moins onéreux, il suffit de s'y prendre convenablement et de ne point choquer les croyances religeuses ;

4° Qu'une fois la multitude à Médine, tout danger disparaît et que le port de Djeddah reste libre ;

5° Que les pèlerins qui de Médine iraient à Yambo, seraient en nombre infiniment inférieur à ceux qu'on devrait embarquer à Djeddah ;

6° Que la question de l'embarquement à Yambo et de la mise en quarantaine dans les lazarets devient par mon amendement beaucoup plus facile à exécuter.

Sawas.

3me *ANNEXE AU PROCÈS-VERBAL N° 3.*

Projet d'amendement concernant la proposition d'urgence de MM. les Délégués du Gouvernement Français présenté par les Délégués de la Sublime Porte.

Messieurs,

La Turquie étant plus que tout autre pays exposée à l'importation du choléra-morbus, le Gouvernement Ottoman serait le premier à accepter et à mettre en pratique la proposition présentée par MM. les Délégués du Gouvernement Français, si, par la mise à exécution des mesures proposées, il pouvait espérer d'acquérir des garanties efficaces et durables contre l'irruption d'une nouvelle épidémie.

Nous nous faisons donc un devoir de vous assurer que ce n'est ni par mauvais vouloir, ni par esprit d'opposition, que nous nous proposons, en notre qualité de Délégués de la Sublime Porte, de soumettre à votre appréciation un projet d'amendement.

En appelant votre attention sur les inconvénients et sur les difficultés qui, d'après nous, rendent presque impossible la pratique des mesures projetées, notre unique but est d'engager le débat sur un sujet aussi grave.

La discussion doit en être approfondie et complète afin que les résolutions qui en résulteront soient d'une utilité incontestable et en rapport avec les vrais intérêts des peuples et les exigences de la civilisation.

On peut résumer la proposition des honorables Délégués Français comme il suit :

1° C'est à peu près uniquement dans *le retour par mer* des pèlerins qu'est le danger contre lequel il importe de se prémunir.

2° Le danger consisterait dans la probabilité de l'importation de la maladie indienne en Égypte.

3° Pour conjurer ce danger il suffirait d'adopter une seule mesure, mais très efficace, à savoir,—*l'interdiction complète du retour par mer des pèlerins.*

Il faut bien l'avouer, cette proposition, telle qu'elle est formulée, a toute l'apparence de la vérité, de la logique et de l'à-propos. Mais, si à première vue elle se montre séduisante, un examen attentif et sévère décèle ses côtés faibles et surtout ses défauts pratiques.

En effet, Messieurs, cette proposition n'est rien moins que la solution d'une question scientifique des plus ardues et des plus controversées. Avant que de faire ressortir ses nombreux inconvénients et les graves difficultés qui s'opposent à son application, nous aimons faire précéder quelques arguments scientifiques capables d'infirmer les assertions des honorables Délégués du Gouvernement Français.

Il importe de poser nettement la question, car de sa solution dépend, croyons-nous, le sort de la proposition qui nous préoccupe.

La question est celle-ci.—Si une épidémie meurtrière a déjà éclaté dans le Hedjaz, avant le départ des pèlerins, croit-on prémunir l'Égypte contre le danger de l'importation du mal indien, en leur interdisant le retour par mer.

Les épidémies de 1830-31 et quelques autres épidémies antérieures et postérieures, importées et propagées en Europe par les voies de terre, combattent victorieusement une pareille assertion.

Dans la première Conférence Internationale, le Ch^er^ de Rosemberger, délégué de la Russie, fit connaître qu'à Odessa la peste et le choléra n'avaient pu pénétrer par mer, grâce à de sages mesures sanitaires, mais qu'à l'avant-dernière épidémie le choléra avait été importé par terre.

On sait de même que le choléra, à l'avant dernière épidémie, avait été communiqué par la France au Piémont par voie de terre et que du Piémont il avait été importé, toujours par voie de terre, en Toscane. Cependant les ports de Gênes et de Livourne étaient fermés à toute provenance suspecte,

Par brièveté, nous nous abstenons de mentionner d'autres faits analogues

très concluants. Aujourd'hui presque tous les hommes compétents admettent ce fait bien constaté, à savoir, que le choléra se propage par les voies de communications les plus fréquentées qui relient entre eux les grands centres de population. Si le choléra affecte une espèce de prédilection pour le cours des fleuves ou le littoral des mers, très souvent il préfère suivre dans sa marche les grandes routes de terre. Plusieurs épidémies en font pleinement foi.

Soutenir d'une manière absolue la thèse contraire, impliquerait la négation de faits très-authentiques.

Qui donc osera dire que l'Égypte sera préservée parce que *tout retour par mer* sera refusé aux pèlerins ?

Il est vrai que le danger sera moindre; — mais la Conférence a-t-elle le droit d'enchaîner la liberté individuelle, de gêner et d'arrêter les transactions commerciales, d'imposer à des milliers d'hommes une loi très-sévère dans le seul but d'amoindrir un mal qu'elle ne peut pas complètement détruire et qui peut même se produire malgré les mesures violentes par elle adoptées ? Nous ne croyons pas que telle soit la mission de la Conférence et nous aimons à espérer que la tâche qui lui incombe consiste à améliorer, au point de vue de l'hygiène, le sort des pèlerins et des peuples qu'ils fréquentent, tout en sauvegardant les grands intérêts des gouvernements.

Le rapport et la circulaire de S. Exc. M. Drouyn de Lhuys sont conçus dans ce sens.

Ce que nous venons de dire concerne la partie théorique de la proposition des honorables délégués du Gouvernement Français.

Cela rendra plus facile l'intelligence des remarques et des observations que nous allons vous soumettre, relativement à sa partie pratique, dans l'espoir qu'avec l'aide de vos lumières cette importante question sera résolue dans le sens que nous croyons mieux répondre aux exigences de la situation.

Les inconvénients et les difficultés que nous imputons à la partie pratique de la proposition des honorables Délégués Français sont les suivants :

1° La partie du territoire ottoman qu'on appelle le Hedjaz est un pays stérile, surtout en céréales, ce qui fait qu'il a besoin d'être incessamment approvisionné et ravitaillé. Or, pour que l'interdiction du retour par mer fût efficace, il faudrait aussi interdire aux navires de s'approcher des villes où ces approvisionnements se renouvellent sans cesse.

Il faut bien s'y attendre, les hadjis qui se sont déjà rendus cette année par mer aux Lieux-Saints entreprendront tout pour gagner par mer leurs foyers,—ils chercheront à s'emparer de tout navire qui sera à leur portée, une collision sera inévitable et on peut même prédire qu'une révolte devra en résulter.

Aussi, il faudra de nécessité défendre aux navires l'approche des échelles ou ports où se rendent les pèlerins. Mais dans ce cas, ce serait exposer à la famine, non-seulement les pèlerins, mais aussi les habitants des villes maritimes où ils affluent.

2° En supposant même qu'il soit possible d'empêcher les bateaux à vapeur et les navires marchands de se rendre dans les ports fréquentés par les pèlerins, comment pourrait-on empêcher les hadjis de s'embarquer sur des djerims, sur des barques ou des canots, et d'arriver par mer chez eux ? Et si cela arrive, le danger sera beaucoup plus grand que si on leur avait permis de prendre passage sur des bateaux à vapeur ou sur des bâtiments à voiles, sous la surveillance de l'Autorité Sanitaire locale et aussi sous la surveillance et la responsabilité des médecins de bord. Entassés dans des barques qui certes mettront beaucoup plus de temps que les gros bâtiments à arriver à leur destination, les hadjis qui auraient apporté avec eux le mal indien ou qui en auraient le germe, seraient obligés de faire plusieurs stations : ils arriveraient malades ou mourants dans plusieurs endroits et propageraient la maladie beaucoup plus que s'ils avaient voyagé à leur aise sur des navires spacieux et bien entretenus.

Un autre inconvénient en résulterait : c'est que l'Autorité Sanitaire de tout le littoral arabique devrait soumettre à une quarantaine sévère toutes les barques indistinctement.

3° L'interdiction du retour par mer des pèlerins donnerait lieu à une grave difficulté, relative à leur retour par terre. Qu'on ne se fasse point illusion sur la gravité de cette difficulté qui, pour tous ceux qui connaissent à fond et le Hedjaz et le mode de formation des caravanes, est presque insurmontable et suffirait à elle seule à rendre tout-à-fait impraticable la mesure de l'interdiction du retour par mer des pèlerins.

De fait, Messieurs, obligés qu'ils seraient de voyager par terre, il faudrait aux pèlerins des montures en nombre suffisant. Or, il est indispensable d'examiner si cela est possible.

Depuis que les compagnies des bateaux à vapeur Egyptiens et Anglais

relient entre eux les différents points de la mer Rouge, les pèlerins faisant le voyage par terre ont de beaucoup diminué.

A l'appui de notre dire nous pouvons citer les faits suivants :

1° La caravane de Damas qui comprend les pèlerins de l'Asie-Mineure et ceux qui passent par Constantinople, n'était, l'année dernière, que de mille personnes, tandis qu'autrefois elle se composait de 12 à 15 mille.

2° La caravane de l'Egypte, autrefois très-nombreuse, ne comptait l'anneé passée que 6 mille pèlerins

Où donc les pèlerins pourraient-ils se procurer les montures nécesaires? Celles qui se trouveraient dans le Hedjaz seraient tout-à-fait en disproportion avec le nombre des hadjis dépourvus des moyens de transport par terre. A peine s'ils pourraient se procurer mille montures par les conducteurs des petites caravanes qui se rendent à la Mecque et à Médine avant et après la fête des sacrifices.

D'après le Dr Gianelli, qui dans son dernier ouvrage intitulé — *Le second Congrès Sanitaire International*,—atteste le fait, il y a eu l'année dernière dans les Lieux-Saints le nombre extraordinaire de 200 mille hadjis. On ne connaît pas encore le chiffre exact des pèlerins de l'année courante, mais on est en droit de le supposer très-fort. A ne prendre que la moitié, nous aurions, pour cette année-ci, 100 mille pèlerins, la plupart arrivés dans le Hedjaz par voie de mer. Les pèlerins donc qui ne trouveraient pas les moyens de transport pour retourner par terre chez eux, comment pourraient-ils se joindre à la caravane !

Que le Gouvernement Ottoman ou Egyptien, dira-t-on, y pense. *Certes la chose ne paraîtra facile qu'à ceux qui ne savent pas que l'année dernière*, et c'est M. le Dr Bartoletti qui nous a communiqué ce fait, 18 à 20 mille pèlerins ont voyagé par mer. Serait-il aisé, nous le demandons, au Gouvernement le plus riche et le mieux organisé de se procurer d'ici à un mois et demi 18 ou 20 mille chameaux ?

Faute donc de montures quel parti prendront les pèlerins ? N'est-il pas évident qu'ils prolongeront leur séjour dans les Villes Saintes ? Jadis ils y restaient de 3 à 5 jours, rarement jusqu'à 7,—et c'est un fait bien constaté que les grands réservoirs d'eau de la Mecque et de Médine restaient à sec le jour du départ des hadjis.

Personne n'ignore que presque toutes les villes du Hedjaz manquent d'eau potable : elles n'en ont qu'autant que quelques citernes et quelques

puits en peuvent contenir. Les ravitaillements de ces villes se font aussi d'après la population qu'elles renferment. Les marchands connaissent l'époque où la grande population flottante des pèlerins se détache de la population fixe, et alors, eux aussi, cessent d'y envoyer des vivres. Voilà donc tout le Hedjaz menacé d'une disette d'eau et de vivres.

Quelles en seraient les tristes conséquences, nous pouvons même dire les calamités, qui en résulteraient?

L'agglomération et l'encombrement se prolongeant indéfiniment dans des villes déjà compromises au-delà de toute expression, deviendraient immanquablement d'immenses foyers pestilentiels,—pas un de leurs habitants ne survivrait au-delà de quelques jours, et ces villes de vivants seraient bientôt transformées en nécropoles. Mais si une épidémie meurtrière dévaste les Villes Saintes, si la famine et la disette d'eau centuplent les ravages et les horreurs du fléau indien, pouvons-nous croire que leurs habitants autochtones ou étérochtones,—resteront spectateurs impassibles de tant decalamités, pense-t on qu'ils se résigneront à mourir comme les moutons et les chameaux qu'ils avaient égorgés pendant la fête des sacrifices?

Indépendamment de cela, et abstraction faite du manque de montures —la voie du désert elle-même, telle quelle est aujourd'hui, ne pourrait pas offrir à une caravane aussi nombreuse que nous la supposons, les moyens de subsister jusqu'au terme du voyage.

Lorsque les pèlerins prenaient de préférenee la voie du désert, ils avaient l'habitude de faire plusieurs étapes ou stations. De Damas au Hedjaz on avait construit plusieurs forts tout près des puits ou réservoirs d'eau destinés à la caravane. Une garnison suffisante occupait ces forts dans le but de protéger la caravane contre les attaques des Bédouins qui voulaient à main armée s'emparer des puits. Beaucoup de ces forts et de ces puits existent toujours, mais l'eau ne suffirait pas si la caravane était très-nombreuse.

Nous devons vous signaler un nouvel inconvénient et des plus sérieux, des plus graves, concernant les pèlerins du Sud qui, au nombre de 25 à 30 mille, arrivent tous les ans dans le Hedjaz. Ce sont les pèlerins du Sud venant des possessions anglaises et d'autres parties de l'Asie par le détroit de Bab-el-Mandel.

Dans la proposition des honorables Délégués du Gouvernement Français il y a ce passage :

« Relativement aux pèlerins à destination de l'Inde ou d'autres pays au delà de la mer Rouge, le mieux, pour éviter le péril d'un embarquement partiel, serait de les assujettir à la règle générale, c'est-à-dire à attendre la fin de l'interdiction : pourtant il serait peut être possible de leur assigner un point particulier d'embarquement à plusieurs journées de marche au Sud de Djeddah.

Nous sommes, Messieurs, obligés de vous avouer que nous ne connaissons pas qu'il y ait à plusieurs journées de marche au sud de Djeddah, un point quelconque où l'on puisse abriter,pendant plusieurs jours, une armée de pèlerins composée de 25 à 30 mille hommes. Et si ce point existe, comment s'y prendre pour l'approvisionner, pour lui fournir l'eau nécessaire ?

C'est une question insoluble pour nous : nous avons bien cherché sur la carte si un pareil point existe et nous ne l'avons point trouvé.

Nous pensons donc que cette mesure serait impraticable si même on voulait faire camper les pèlerins du Sud tout autour de Djeddah ou à Djeddah même.

Tels sont, Messieurs, les inconvénients et les dangers—telles sont les graves difficultés qui s'opposent à la pleine et entière adoption de la proposition de MM. les Délégués Français.

Nous sommes bien peinés de nous trouver en désaccord avec eux et d'être dans la nécessité de demander que leur proposition soit amendée.

Nous nous trouvons dans ce cas bien malgré nous, et voilà pourquoi sans aucune prétention, sans aucune arrière-pensée, avec la franchise que le sentiment de notre devoir nous impose, nous nous sommes permis de relever les parties qui nous ont paru faibles.

Cependant le cas est urgent, le péril imminent et la nécessité d'agir est impérieuse.

Il faut donc arrêter, sans retard, des mesures efficaces et d'une application facile avant le retour des pèlerins.

Les mesures que nous proposons et que nous croyons d'une utilité immédiate ont beaucoup de rapport avec celles proposées par MM. les Délégués Français.

Elles sont les suivantes:

1° Rendre, autant que possible, difficile aux pélerins le retour par mer sans toutefois le leur interdire,

Au lieu de leur imposer une loi qu'ils considéreraient comme despotique,

injuste, tâchons, soit par des conseils et des avis que nous leur donnerons, soit par les obstacles que nous ferons naître à leur insu, de leur faire prendre spontanément et de bon gré la voie de terre.

Pour toute éventualité et pour éviter quelque collision sérieuse, le Gouvernement Ottoman augmentera les garnisons qui se trouvent dans les différentes échelles, et s'il n'y en a point, on les établira. De même quelques vaisseaux de guerre Égyptiens, stationneront près des échelles.

2° Le Gouvernement Ottoman sera engagé à choisir, d'après les indications et les instructions soit de la Conférence, soit de l'Autorité Sanitaire de l'Empire, trois ou quatre localités adaptées, loin, autant que possible, des centres populeux, sur la côte orientale de la mer Rouge, pour y établir des lazarets provisoires, et aussi des campements et des barraques. Au fur et à mesure que les premiers arrivés auraient purgé leur quarantaine, on les remplacerait par d'autres jusqu'à la complète évacuation des pèlerin- du Hedjaz. Bien entendu que ces lazarets auront des médecins, des pharmaciens, et seront pourvus de médicaments et de tout ce qui est nécessaire aux malades. De même que chaque endroit ou localité où le lazaret sera établi, sera fourni de vivres et d'eau potable. Le Gouvernement de Sa Majesté le Sultan qui ne recule devant aucun sacrifice pécuniaire a déjà décidé d'augmenter le nombre des médecins composant la Commission du Hedjaz.

Les pèlerins, avant de se rendre en Egypte, devront subir une quarantaine dans le terme et les formes voulues dans un des lazarets du littoral de la mer-Rouge.

Nous croyons, Messieurs, avoir assez dit pour vous engager à discuter l'amendement que nous avons l'honneur de soumettre à votre appréciation. Grâce à votre expérience et à vos lumières, il recevra, nous n'en doutons pas, les rectifications et les développements qui lui font défaut.

Nous nous estimerons heureux d'avoir contribué, dans la mesure de nos faibles moyens, à éclaircir l'importante question que MM. les Délégués du Gouvernement Français ont le mérite d'avoir signalée à votre attention. Cette question nous a paru tellement grave que nous n'avons pas voulu être les derniers à la prendre en sérieuse considération. Sa solution définitive vous appartient et elle sera la preuve la plus éclatante de votre sollicitude pour la prospérité des peuples et pour le progrès de la civilisation.

SALIH.
BARTOLETTI.

Péra Galata-Séraï, le 26 février 1866.

N° 4.

SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil huit cent soixante six, le 27 février, à une heure de l'après-midi, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu, à Péra de Constantinople, sa quatrième séance, dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Etaient présents:

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A. ;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien.

Pour la Belgique:

M. le comte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires ;

M.le Docteur MONLAU, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour la France :

M. le comte de LALLEMAND, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur FAUVEL, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

L'Honorable M. W. STUART, secrétaire de l'Ambassade de S.M.Britannique;

M. le Docteur GOODEVE, chirurgien major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine;

M. le Dr E. D. DICKSON, médecin de l'Ambassade de S. M. B., Délégué de la Grande-Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople;

Pour la Grèce :

M. KALERGI, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

Pour l'Italie :

M. ALEXANDRE VERNONI, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur FRÉDÉRIC BOSI ;

M. le Docteur G. SALVATORI, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. KEUN, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

Pour la Perse :

MIRZA-MALKOM-KHAN, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur SAWAS EFENDI, inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M.le chevalier Edouard PINTO DE SOVERAL, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio GOMEZ, 1er médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. H. DE KRAUSE, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi de Prusse ;

M. le Docteur MÜHLIG, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical en Russie ;

M. le Docteur Lenz, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège ;

M. Olaf Stenersen, chambellan de S M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M .le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'École Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur-général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil de Santé de Constantinople.

S. Exc. le Président ouvre la séance et pour se conformer à la décision que l'honorable conférence a prise à sa dernière réunion, accorde la parole à M. Fauvel, le premier inscrit pour parler sur la proposition d'urgence.

M. le chevalier Pinto de Soveral demande le parole pour une motion d'ordre.

S. Exc. le Président la lui accorde.

Dans les trois dernières séances, dit-il, la Conférence a perdu beaucoup de temps à discuter des questions incidentes qui ne doivent d'aucune manière continuer à la distraire de ses occupations. Pour obvier à cet inconvénient et pour régulariser les discussions, je trouve indispensable, continue M. Pinto, de nous imposer un règlement, qui sans porter atteinte au principe de la pleine liberté des discussions, nous mette à l'abri des divagations et discussions hors de propos. Du reste, cela se pratique dans toutes les assemblées délibérantes.

En conséquence j'ai l'honneur, poursuit M. Pinto, de proposer à la conférence ce qui suit :

1° Aucune proposition d'amendement ne pourra être discutée, sans avoir été préalablement acceptée et admise à discussion par un vote de la conférence.

2° Les questions d'ordre auront toujours la préférence, et la parole sera donnée à tout orateur qui la demandera dans ce but.

M. Bosi regarde la discusssion de la motion de M. Pinto comme assez

importante pour qu'une commission la prenne en considération. Mais la séance d'aujourd'hui, dit-il, n'étant que la continuation de celle d'hier, aucune question ne peut entraver la discussion sur la proposition d'urgence, mise à l'ordre du jour.

M. Stuart, l'appuie.

M. de Krause partage complètement l'avis de M. Bosi, et ajoute que cette Commission devrait s'occuper de la motion du chevalier Pinto dans un sens plus large — elle devrait, élaborer tout un règlement concernant les discussions

M. Monlau observe que l'ordre des discussions appartient de droit à S. Exc. le Président. La conférence, dit-il, a adopté à l'unanimité la mesure suivante :

Le Président dirige les débats et propose les commissions.

Par conséquent, conclut M. Monlau, le président soit seul, soit aidé par quelques personnes dont le choix lui appartient, soumettra à la Conférence un règlement sur le mode à observer dans les discussions.

La Conférence approuve à l'unanimité la proposition de M. Monlau.

S. Exc. le Président donne communication d'une lettre, que M. le Secrétaire-Général de la Société Impériale de Médecine lui a adressée et par laquelle il l'informe que la Société met à la disposition de l'honorable Conférence sa bibliothèque et ses salons.

Sur la proposition de M. Stuart la Conférence engage son Président à vouloir exprimer à la Société Impériale de Médecine et ses sentiments sympathiques envers elle, et, sa reconnaissance pour son offre courtoise.

La parole est à M. Fauvel ; il s'exprime à peu près en ces termes :

« Messieurs,

» Le moment est venu pour les délégués du gouvernement français de donner à la Conférence tous les éclaircissements, toutes les explications qui n'ont pas pu trouver place dans l'exposé sommaire que nous avons présenté à l'appui de notre projet.

» Nous devons vous prouver que la mesure proposée par nous réunit, à l'exclusion de toute autre, dans les circonstances présentes, toutes les conditions désirables pour le but à atteindre ; qu'en outre, elle est exempte des inconvénients que quelques personnes lui ont reprochés ; qu'en dehors

de ce que nous proposons il n'y a que des mesures illusoires, dangereuses et réunissant au plus haut degré tous les inconvénients qu'on nous oppose ; qu'enfin en adoptant notre projet la Conférence ne sortirait pas des limites qui lui sont tracées par son mandat.

» A la dernière séance la proposition française a été l'objet d'un grand nombre d'objections. On lui a opposé deux contre-projets qu'on se plaît à décorer du nom d'amendements, bien qu'ils partent d'un principe contraire. Aujourd'hui nous allons répondre à toutes ces objections et dévoiler les côtés dangereux, les inconvénients graves et la légèreté des contre-projets.

» On est allé jusqu'à contester l'urgence de notre proposition, malgré le vote de la Conférence qui, dès la première séance, en nommant une commission chargée de l'examiner et de lui présenter, dans un court délai, son rapport, en a reconnu, et on pourrait même dire proclamé, l'opportunité et l'urgence La Conférence a immédiatement saisi la relation qui existe entre notre proposition et les circonstances qui l'ont motivée.

» Au sein de la commission notre proposition a été aussi débattue dans le sens de l'opportunité et de l'urgence, mais plus particulièrement dans celui de la compétence de la Conférence à se saisir d'une pareille question. Pouvait-on un seul instant douter de la compétence de la Conférence à s'occuper de la question que nous lui avons soumise ? En l'acceptant, en l'admettant à la discussion la Conférence n'a t-elle pas prouvé qu'elle la considérait comme étant de son ressort?

» Maintenant, et avant d'examiner une à une toutes les objections qu'on nous a opposées, nous voulons, en peu de mots, réfuter l'assertion de M. le Dr Pélikan qui a refusé à notre proposition le caractère d'urgence en se basant sur un fait très controversé, qu'il érige cependant en principe, à savoir : — que le choléra n'a jamais suivi deux années de suite la même route. Il est sans exemple, dit-il, que le choléra se soit développé deux fois de la même manière dans la même localité. A cela nous nous bornerons à répondre — que le choléra s'est développé plusieurs années de suite et de la même manière à La Mecque. Ex : les épidémies de 1847 et de 1848, auxquelles quelques personnes ajoutent celle de 1846, mais au sujet de laquelle nous n'avons, pour notre part, aucun renseignement précis. Ainsi donc M. Pélikan se trompe.

» Cela dit, reprenons, une à une, les différentes objections : Et d'abord se présente la question d'opportunité de la mesure proposée. Y a-t-il urgence,

se demande-t-on, à proposer des mesures pour le cas où le choléra se manifesterait cette année parmi les pèlerins ?

» Il résulte de rapports reçus, de Djeddah au sujet de la dernière épidémie, que le choléra s'y était montré l'année précédente, en 1864, sans y prendre toutefois une grande extension ; or, ceci ajouté à ce que nous avons dit plus haut ne prouve-t-il pas qu'il est possible qu'il s'y développe cette année encore ? Mais en supposant même que le choléra ne se manifeste pas cette année-ci parmi les pèlerins, où est le mal, où est l'inconvénient d'adopter des mesures de précaution qui n'imposent aucune espèce d'obligation pour le cas où la maladie ne se développerait pas ?

» On a dit que la mesure proposée supposait résolue la question de la transmissibilité du choléra par importation, qu'il fallait avant tout résoudre cette question ainsi que celle des origines de la maladie ; en d'autres termes, on a voulu démontrer que notre proposition n'était pas à sa place.

» Mais on oublie que la question de transmissibilité est déjà présumée résolue par le titre même donné à la Conférence : Conférence pour rechercer et proposer les moyens propres à prévenir de nouvelles importations de choléra. On comprend l'objection seulement de la part de ceux qui ne croient pas à l'importabilité du choléra, mais pour ceux qui y croient, et c'est à peu près l'unanimité parmi nous, l'objection n'a pas sa raison d'être.

» Il est clair que pour ces derniers il y a et *opportunité* et *urgence*, et qu'en admettant notre proposition, ou toute autre ayant le même but, ils admettraient implicitement l'importabilité du choléra. Ainsi l'ont pensé six membres sur sept composant la Commission.

» Maintenant, avant d'arriver à la proposition en elle-même, qu'il nous soit permis, continue M. Fauvel, de toucher à la question du pèlerinage et de donner à ce sujet quelques explications. Ce sont des détails dans lesquels nous sommes forcés d'entrer, bien que nous trouvant dans un pays musulman où, certes, on devrait les connaître mieux que nous.

» Vous savez, Messieurs, que le pèlerinage s'accomplit à l'occasion du Kourban-Baïram et que les pèlerins accourent aux Lieux-Saints de toutes les parties du monde musulman. Les pèlerins viennent par terre ou par mer. Les premiers suivent la voie du désert et arrivent par caravanes. Parmi celles-ci deux ont surtout de l'importance pour notre sujet, ce sont celles de Syrie et d'Egypte ; mais il en vient de Bagdad, des côtes du golfe Persique, de l' Yémen. Par mer viennent en grand nombre, surtout depuis

l'emploi de la navigation à vapeur, les pèlerins de l'Inde, les pèlerins africains, (abyssiniens, nègres) et tout ceux qui s'embarquent en Egypte. De ceux-ci nous parlerons plus tard.

» Il est impossible de fixer avec exactitude le nombre des pèlerins qui se rendent dans les Villes-Saintes pour les fêtes du sacrifice et qui, viennent, soit par terre soit par mer, du golfe Persique, des Indes, des îles Hollandaises, des côtes africaines, en un mot de tout le monde musulman. Dans le contre projet de MM. les Délégués Ottomans il est dit, d'après Gianelli, que l'année dernière leur nombre était de 200,000. Ce chiffre nous paraît exagéré. Des renseignements venus de Djeddah réduisent ce nombre à 90 mille ; D'après Burckardt le chiffre le plus élevé des temps connus ne paraît pas avoir dépassé 100 mille. En 1814 il était de 70 mille. En 1860 il était de 30 mille. L'an dernier il était de 80 à 90 mille. Ainsi, on voit qu'il y a certaines oscillations dans le nombre des pèlerins. Mais le nombre général de ceux-ci n'a pour nous qu'un intérêt secondaire. Ce qu'il nous importe de bien connaître c'est le nombre des pèlerins venant d'Egypte par mer. A ce propos nous pouvons dire que si l'on ne connaît pas exactement le nombre de ceux qui, l'année dernière, de l'Egypte sont allés aux Lieux-Saints, on connaît assez bien le nombre de ceux qui en sont revenus.

On peut approximativent évaluer le nombre des pèlerins revenus l'an dernier de la Mecque et des autres Villes Saintes, par voie de mer, en Egypte à 18 ou 20 mille, Quant à la mortalité qui les a frappés, on peut s'en faire une idée par ce que nous savons des Javanais qui ont perdu 2|5e de leur effectif.

» Quel pourra être cette année le chiffre de ces pèlerins ? On l'ignore jusqu'à présent ; toutefois, d'après certains renseignements, on peut prédire qu'il ne sera pas supérieur à celui de l'année passée ; nous le verrons plus loin.

» Occupons-nous quelques instants de la condition des pèlerins, cela étant nécessaire pour répondre à certaines objections qu'on nous a faites dans le but de démontrer l'impossibilité de leur retour par terre. D'après ces objections il est supposé que le pèlerin le plus pauvre a besoin de deux chameaux. Erreur. Certes, parmi les pèlerins il y a des personnes très-riches qui voyagent avec un train immense. Nous savons que la femme de Méhemet-Ali pacha avait 500 chameaux à sa suite ; mais tous les pèlerins

ne sont pas riches : il y en a beaucoup appartenant à la classe moyenne, parmi eux sont les commerçants ; il y en a d'autres. en plus grand nombre, qui sont dépourvus de tout, et que la charité, soit dit à la louange des Musulmans, nourrit, tout en leur procurant les moyens d'accomplir le voyage. Les 2/5es des pèlerins arrivés l'an dernier à Djeddah étaient dédépourvus de tout ; ils vivaient aux dépens des autres. Il y a même des pèlerins qui suivent la caravane à pied.

» Quatre sont les principales localités qui nous intéressent particulièrement au point de vue du pèlerinage ; ce sont Djeddah, Yambo, La Mecque et Médine. Nous ne parlons pas de quelques autres moins importantes; mais nous voulons faire connaître en peu de mots l'état et la condition des quatre villes précitées pendant et aussi avant et après le pèlerinage. La contre proposition Ottomane nous y oblige ; car elle avance et soutient des choses qui ne sont pas exactes.

Parlons d'abord de Djeddah qui est l'échelle de la Mecque. C'est une ville riche à cause du grand commerce qui s'y fait. Elle compte de 15 à 16 milles habitants en temps ordinaire. Le commerce des céréales, des manufactures, des denrées y est très actif surtout à l'époque du pèlerinage. Djeddah est le principal port de ravitaillement de La Mecque et de tout le Hedjaz.

De Djeddah à la Mecque il y a 55 miles que les pèlerins parcourent en deux nuits et qu'un homme peut faire en 16 ou 17 heures, ou en 13 heures sur un âne. (Burckardt)

Cette route est très-fréquentée et l'eau n'y manque pas.

Djeddah a beaucoup de citernes et de puits, mais l'eau de ceux-ci n'est pas généralement de bonne qualité. C'est une eau saumâtre. En creusant le sol à petite profondeur on rencontre partout de l'eau analogue. Cependant à une petitedistance de Djeddah on trouve en abondance de l'eau excellente

» Venons à La Mecque sur laquelle on a dit des choses étranges. La Mecque en 1814 comptait une population de 30 mille âmes environ. De nos jours sa population est estimée, en dehors du pèlerinage, à 40 ou à 50 mille habitants. C'est une circonstance qu'il ne faut pas perdre de vue, parce qu'elle prouve qu'une population nombreuse peut y vivre.

Bien loin d'être dépourvue de toutes choses, La Mecque a tout ce qu'il faut pour souffire aux besoins de sa population, même pendant le séjour

des pèlerins ; époque, il est vrai, où elle est le mieux approvisionnnée. L'eau ne lui manque jamais, pas même en été. Elle serait même abondante si les dispensateurs, qui ressemblent un peu à ceux de Constantinople, n'en étaient avares à leur profit, pour la vendre à un prix relativement élevé. Jamais on n'y a observé de véritable disette d'eau, mais seulement rareté. Il pleut beaucoup à La Mecque : on y a vu des inondations terribles Burckardt y a été temoin d'orages au mois d août. L'eau est recueillie dans des citernes, mais il y a aussi des puits d'eau saumâtre très abondante qu'on ne boit qu'en temps de rareté. De plus la prévoyance des Kalifs et des Sultans a doté La Mecque de grands réservoirs qui reçoivent les eaux de l'Arafat et des montagnes voisines. Ces eaux, qui sont amenées par un canal, desservent toutes les fontaines de la ville et aussi les grands réservoirs destinés à abreuver les chameaux. La maison du Chérif a une source d'eau excellente. Ainsi la question de l'eau, question qui préoccupe beaucoup ceux qui combattent notre proposition, particulièrement MM. les Délégués Ottomans qui soutiennent qu'après le départ des pèlerins on ne trouve plus une goutte d'eau à La Mecque, est donc résolue à l'avantage de la Ville Sainte et des pèlerins

» Mais tout cela pourrait manquer que la ville ne manquerait pas encore d'eau ; car dans l'enceinte de la mosquée il y a un puits sacré, le puits de Zem-zem donnant de l'eau douce excellente, qui non seulement ne tarit pas, mais même, à ce qu on prétend, ne diminue jamais. Burckardt, qui a confirmé ce fait par des recherches, affirme que ce puits seul suffirait à alimenter toute la ville. L'eau de ce puits ne se vend pas ; elle est exclusivement consacrée aux ablutions et à la boisson; mais on comprend bien qu'en présence de la nécessité elle pourrait être employée à d'autres usages.

» Enfin nous dirons que le pèlerinage est pour La Mecque et le pays environnant une source de richesse et qu'il est l'occasion d'une grande foire commerciale où tout abonde, aussi bien les objets manufacturés que les denrées alimentaires.

» Nous avons encore à parler de Médine et de Yambo.Commençons par Médine. Elle est à 10 et au plus à 13 jours de marche de La Mecque. La route qui y mène de La Mecque se rapproche de la côte à certaine distance, et se bifurque, près de Yambo, à Bader, lieu où les caravanes parties de La Mecque pour la Syrie et l'Egypte se séparent. La caravane pour

l'Egypte ne touche pas à Yambo, elle passe à 6 ou 7 heures à l'est de la ville à un endroit appelé Yambo el-Bakhel ; c'est-à-dire que la caravane d'Egypte ne passe pas par Médine. Notons ce fait qui a son importance au point de vue du projet persan.

» Médine, d'après Burckardt est une ville bien bâtie, sur le versant oriental de la chaîne arabique ; ses faubourgs ont des jardins ; l'eau y est très abondante, ainsi que toutes les denrées, et les moyens de transport. Elle a 20,000 habitants. La chaîne de montagnes sur le versant oriental de laquelle se trouve Médine est, d'après Burckardt, une continuation des montagnes du Liban ; elle longe toute la péninsule arabique à certaine distance de la côte. C'est entre le versant occidental de cette cordillère et la mer Rouge que se trouve la route suivie par la caravane venant d'Egypte ou qui y retourne. Pour accomplir ce voyage, de La Mecque au Caire, la caravane met ordinairement 37 jours dont 7 sont consacrés au repos.

» Ainsi, tandis que Médine est placée sur le versant oriental de la chaîne dont nous venons de parler, à la limite des grands déserts arabiques, La Mecque au contraire en occupe le versant occidental ; d'où la nécessité de traverser cette chaîne pour aller d'une ville à l'autre. Il faut également la traverser pour aller à Taïf, position militaire à l'est de La Mecque. Les caravanes parties de la Mecque, soit pour retourner en Egypte par le littoral, soit pour aller en Syrie par les plateaux arabiques situés à l'est de la chaîne, suivent d'abord la même route jusqu'à Bader, ainsi que nous l'avons dit plus haut ; là elles se séparent : celle d'Egypte continue sa route le long du litoral ; celle de Syrie traverse les montagnes pour gagner Médine et de là le désert. De La Mecque à Damas cette caravane compte 34 stations.

» Yambo, ville maritime, à 7 journées de marche de La Mecque et à une de Bader, est l'échelle de Médine Un certain nombre de pèlerins viennent s'y embarquer ; ce sont principalement ceux qui, en partant de La Mecque, tiennent à visiter Médine ; mais pour cela, ils doivent revenir sur leurs pas. La route entre Yambo et Médine est considérée comme très difficile.

» Cela dit à propos des Villes Saintes et du pèlerinage, abordons notre proposition dans ce qu'elle a d'essentiel, de fondamental. Développons et son but et son mode d'application, sans craindre de mettre à découvert ses conséquences.

» Notre proposition consiste à une seule mesure que voici :

» *Dans le cas où le choléra se manifesterait cette année parmi les pèlerins réunis à La Mecque, on devrait interrompre momentanément, c'est à-dire pendant la durée de l'épidémie, toute communication maritime entre les ports arabiques et le littoral Egyptien.*

» C'est là qu'est le principe de la mesure: le reste n'est qu'un commentaire destiné à prouver que cette mesure est applicable ; toutefois, si nous n'avions pas donné ces explications, on n'aurait pas manqué de nous reprocher de n'avoir pas indiqué les moyens d'exécution. C'est seulement à titre d'indications que ces explications sont données. De même nous avons été appelés à expliquer pourquoi nous avons été amenés à repousser tous les autres moyens. Nous reviendrons sur ce dernier point à l'occasion du contre-projet presenté par MM. les Délégués Ottomans. Pour le moment nous devons examiner notre projet.

» Le choléra ayant éclaté dans le Hedjaz les pèlerins sont avertis que les bâtiments, pour le retour par mer, manqueront jusqu'à la fin de l'épidémie,qu'en conséquence ceux qui qui ne veulent pas faire quarantaine dans le Hedjaz sont libres de prendre la voie de terre. Personne ne les obligera à le faire. Or, qu'arrivera-t-il ? Ce qui est arrivé en temps de peste, ni plus ni moins. La plupart chercheront à se dérober au mal par la fuite. Ils feront ce qu'ils on fait, dans les mêmes lieux, lors de la peste de 1815-1816. Ceux qui ne pourront pas regagner leurs foyers par les caravanes s'éparpilleront dans les endroits le moins exposés. Ils resteront à La Mecque ou aux environs.

» Mais sur quel nombre de pèlerins pèseraient les conséquences de la mesure ? Sur un nombre, nous le disons tout de suite, qu'on peut évacuer à 15,000 au maximum.

» D'après M. Bartoletti les pèlerins de cette année seraient moins nombreux que l'année dernière. Il évalue à 15 ou 17,000 ceux venant de l'Egypte, et ce sont les seuls qui nous intéressent, car ceux de la Syrie s'en iront comme ils sont venus. Sur ce nombre donc combien pourront partir ; combien attendront la fin de l'épidémie ? Cela dépendra sans doute de la facilité à trouver des moyens de transport. Mais admettons, chose peu probable, qu'il en reste 10,000, 12,000 et 15,000 même dans le Hedjaz, c'est sur eux que devront se porter principalement toutes les prévisions, toute la sollicitude.

» Pense-t-on qu'ils auront intérêt à se ruer sur Djeddah ? Non, s'ils savent qu'ils n'y trouveront pas de moyens de transport maritime, et s'ils y viennent en certain nombre, pourquoi commettraient-ils des violences s'ils y trouvent de quoi vivre? Et si, malgré cela, il le font, ils auraient pu le faire en toute autre circonstance, car leur position, pour sûr, ne serait pas aggravée. Nous pensons, d'ailleurs que 10,000 et même 15,000 pèlerins ajoutés à la population de La Mecque et à celle de Djeddah ne peuvent pas constituer une difficulté bien grande sous le rapport de la nourriture, pendant le temps des plus grands approvisionnements de ces villes. Que si par impossible les vivres venaient à manquer, remarquons que rien n'est plus facile que de ravitailler Djeddah et que de cette ville à La Mecque la distance est courte et que les moyens de transport sont très faciles. Du reste, qui ne sait que les pèlerins se contentent de très peu, et surtout dans la classe de ceux qui seraient restés dans le Hedjaz, faute de montures, c'est à dire une masse de mendiants ? Des dattes, de la farine, du riz, des biscuits (en un mot des denrées d'un transport facile) et un peu, très peu d'argent, suffiraient à les contenter et à leur faire bénir la largesse du Gouvernement à leur égard. Et le Gouvernement de son côté ne dépenseraitpas la dixième partie de la somme qu'il serait obligé de dépenser s'il mettait à exécution les promesses faites en son nom par ses délégués.

» Il est à propos, de parler ici d'une objection formulée dans le contre-projet des Délégués Ottomans. Cette difficulté est relative aux pèlerins Javanais, Persans, Indiens. Comment s'embarquraient ils ? Telle est l'objection. Nous l'avons dit, sur un point au sud de Djeddah. Mais MM. les Délégués Ottomans assurent qu'au sud de Djeddah il n'y a aucun port ; aucune carte, d'après eux, ne le signalant.

» Nous sommes heureux de les tirer d'embarras en leur indiquant un port—même important,—nous pourrions à l'occasion leur en citer quelques autres—au sud de Djeddah où les pèlerins indiens pourraient s'embarquer. Ce port est Gonfouda, à 7 jours de marche de Djeddah, très fréquenté en temps ordinaire et durant le pèlerinage par les Abyssiniens, et les nègres, en un mot par les africains. Gonfouda fait partie du Hedjaz il appartient conséquemment à la Turquie. Ce n'est pas tout: les moyens de communication entre ce port et Djeddah sont faciles; on y va par deux et même par trois routes ; la route qui longe le versant occidental de la chaîne est particulièrement bien pourvue de bonne eau. Le moyen très-simple que

nous avons proposé de faciliter l'écoulement des pèlerins Indiens et Persans est donc très praticable

» Telles sont, continue M. Fauvel, les conséquences de notre mesure par rapport aux pèlerins; elle ne leur impose aucune souffrance spéciale, et elle a pour avantage d'être le meilleur moyen d'empêcher l'importation du choléra par eux. Au lieu de faire quarantaine en Egypte et d'y importer la maladie, ils font quarantaine sur le sol où ils l'ont contractée, sans aggravation de leur situation et sans préjudice pour les autres. Elle a reçu l'approbation de personnages très-compétents que nous avons consultés, enfin, notre mesure a reçu l'approbation de la commission elle-même, sauf les réserves faites par trois membres sur de prétendus inconvénients graves qu'elle offrirait et que nous avons déjà indiquées.

» Voyons maintenant plus en détail quels sont ces prétendus inconvénients, et voyons, s'il est vrai, qu'ils puissent être de nature à faire rejeter la mesure que nous proposons.

» Et d'abord nous n'entendons et nous ne prétendons pas que celle ci n'ait aucun inconvénient ; toute mesure de quarantaine en a. La question consiste à savoir si ces inconvénients sont largement compensés par les garanties qu'elle offre. Nous disons plus: nous soutenons qu'outre les avantages qu'elle offre, elle est de tous les moyens applicables le plus exempt d'inconvénients sérieux.

» Parmi les arguments qu'on invoque contre elle, on s'appuie particulièrement sur la nécessité de maintenir et de ne point troubler les relations commerciales. Mais, nous le demandons, a t-on oublié le préjudice causé au commerce par la dernière épidémie ?

» Pour finir avec les pèlerins nous dirons que nous ne prétendons pas leur faire un lit de roses, mais nous prétendons que nous n'aggravons point leur situation, malgré les précautions que nous prenons pour qu'ils n'importent pas le choléra.

» Le choléra pourrait à la rigueur, et voilà une autre objection qu'on nous oppose, être importé par la caravane ; et alors on aurait, dit-on, la propagation du choléra par terre. M Sawas, et Salih Effendi, ont insisté sur cette possibilité, qui rendrait, d'après eux, insuffisante notre mesure. Nous, non plus, ne nions pas cette possibilité, car qui peut connaître les limites du possible ? mais nous nous en tenons aux données de l'expérience, qui ne justifient pas une pareille suppostion. L'observation jusqu'ici n'a pas donné

un seul exemple en faveur de cette hypothèse. On cite l'épidémie de 1831. On prétend que c'est la caravane qui a importé le choléra en Egypte. Mais cette assertion n'est pas exacte. Il est prouvé que le choléra s'était manifesté en Egypte avant l'arrivé de la caravane. Que si l'on nous demande comment avait-il été importé, nous dirons que pour nous la question est restée douteuse. La caravane qui, chaque année, vient de Perse aux environs de Bagdad, y importe le choléra tous les 3 ou 4 ans, mais elle ne voyage point dans le désert, elle traverse plusieurs villes ; ce qui est important à noter c'est que de Bagdad le choléra n'a jamais été importé ni à Damas, ni à Alep par le désert. Mais si pourtant le choléra arrivait jusqu'au voisinage de Suez que ferait-on ? A cette question nous repondrons tout simplement, que nous ferions le possible, sans en espérer un grand résultat; nous arrêterions la caravane,nous agirions envers elle d'après son état sanitaire ; nous ferions ce que nous avons l'habitude ; nous médecins, de faire en présence d'un malade désespéré ; nous essayerions encore !

» A l'objection relative au manque d'eau,nous avons déjà et victorieusement, croyons-nous, répondu; ajoutons encore que cette année le pèlerinage correspond à une époque où l'eau est toujours très-abondante.

» On a prétendu aussi que les pèlerins restés à La Mecque manqueraient de vivres. Faut-il donc répéter ce que nous avons déjà dit, à savoir que La Mecque est une grande ville, une ville de 50,000 âmes, dans laquelle se tient, pendant le pèlerinage, un grand marché de denrées de toutes sortes ; qu'elle est approvisionnée plus que ses besoins ne l'exigent, et que c'est une supposition gratuite de prétendre qu'elle n'aurait pas de quoi nourrir et ses habitants et les 10 ou 15,000 pèlerins qui pourraient y rester ? Que d'ailleurs les communications qu'elle a avec Djeddah sont incessantes et très faciles ; que les spéculateurs n'y manquent pas et qu'ils seraient heureux d'avoir l'occasion d'augmenter leurs gains? Qu'au pis aller le ravitaillement par mer serait on ne peut plus facile ?

» Ainsi l'objection se réduit à une pure question d'argent. Mais cette question ainsi posée n'est pas sérieuse ; car le Gouvernement Ottoman se soumet à faire des dépenses bien autrement fortes pour l'établissement des lazarets, etc.

» Une autre objection,qu'on croit des plus graves,nous a été présentée. On invoque le manque de moyens de transport. L'habitude de la caravane, dit-on, étant perdue, les moyens de transport manqueraient. Pour soute-

nir une pareille thèse il faut, dirons-nous, bien peu connaître le pays et ses ressources. Nous avons vu qu'à Médine rien ne manquait ; que pour y aller les transports étaient abondants. Le chameau est la richesse du pays. La Mecque en est très bien pourvue, et comme on en trouve partout, même s'il en manquait les spéculateurs trouveraient bien les moyens de s'en pourrer. Ainsi en définitive c'est une pure question d'argent et de temps ; car la caravane ne voyageant pas avec la rapidité d'un chemin de fer, la nouvelle qu'une caravane nombreuse arrive ferait arriver les moyens de transport, ainsi que les vivres N'oublions pas enfin que le mois de mai est la saison des paturages et que par conséquent il n'y a pas à craindre que les animaux manquent de nourriture. On a paru croire enfin que la même monture servait nécessairement pour tout le voyage. C'est une erreur, les relais sont nombreux.

» Nous voulons en finir avec toutes ces objections théoriques par un exemple. En 1814 il y avait 70,000 pèlerins à La Mecque. Au moment du départ, Méhemed Ali Pacha, qui était en guerre avec les Wahabites, fit saisir pour les besoins de son armée 12 mille chameaux affectés aux caravanes. Un peu plus tard il mettait embargo sur les navires. Qu'en est-il résulté ? Rien de grave, nous dit Burckardt ; les pèlerins ont attendu ; peu à peu tout le monde a trouvé les moyens de transport. Burckardt a dû attendre ainsi un mois avant de partir pour Médine. Il n'y a eu ni disette ni révolte.

» Nous croyons avoir pleinement démontré combien toutes ces objections sont peu fondées : le simple bon sens et les faits y répondent victorieusement.

» Nous arrivons, dit M. Fauvel, aux contre-propositions, qu'on a voulu, nous ne savons pas dans quel but, décorer du nom de projets d'amendements : c'est exactement le principe inverse qu'elles proposent. Occupons-nous d'abord de la contre-proposition de MM. les Délégués Ottomans.

» Nous y trouvons un tableau sombre, à propos des conséqnences, qu'on prévoit, si l'encombrement se prolongeait dans les villes déjà compromises. En peu de jours le Hedjaz serait transformé en une vaste nécropole ? Quelle devrait-être la conséquence logique de cette crainte ? D'éviter l'encombrement. Or, la première mesure proposée par les Délégués Ottomans est *de rendre autant que possible difficile le retour par mer*. Comment concilier cette mesure avec le sombre tableau tracé du séjour forcé des pèlerins dans le Hedjaz ?

» On suppose aussi que des collisions auront lieu à Djeddah par le manque

des moyens de transport. Pourquoi ces collisions, nous le demandons, si les pèlerins ne manquent pas de vivres ? Et nous avons démontré que rien n'est plus facile que d'approvisionner Djeddah. Si une collision était à craindre, ce serait, à coup sûr, par les mesures recommandées par MM. les Délégués Ottomans. Nos mesures, à nous, ne pourraient jamais faire naître ce péril

» Les contre-propositions présentées par MM.les Délégués Ottomans (car à la rigueur li y en aurait deux) comprenent trois ordres de mesures qu'on peut classer sous les titres de — *départ—voyage—arrivée des pèlerins.*

» 1° *Mesures relatives au départ.*— Augmenter les médecins de la Commission du Hedjaz : d'accord. — Demander le concours des autorités pour régulariser les embarquements, avec force armée suffisante. Cette dernière mesure (la régularisation des embarquements), selon nous, aurait un fâcheux résultat. Elle exposerait au danger d'une collision. Cette collision serait inévitable, car ce n'est pas régulariser l'embarquement que d'entre-ouvrir une porte par où une multitude, en proie au choléra, voudrait passer. Et puis n'est-ce pas faire un appel à l'agglomération à Djeddah?

» 2° *Mesures pour le voyage.* — M. Bartoletti nous promet huit bateaux à vapeur. Mais d'abord existent-ils ces bateaux ? Supposons qu'ils existent. On a calculé que chaque bateau embarquerait 500 pèlerins. Qu'on suppose 16000 pèlerins, (ces MM. niant la possibilité du voyage par le désert) les huit bateaux en porteraient 4000 dans les lazarets préparés d'avance, et l'on ne pourrait en faire venir d'autres que lorsque ceux-ci auraient purgé quarantaine, à moins qu'on n'ait autant de lazarets que de cargaisons. La quarantaine devrait être au moins de 15 jours. De sorte que pour transporter les 16,000 pèlerins, dans la supposition que la quarantaine ne serait pas prolongée par les évènements, ce qui n'est pas admissible, il faudrait deux mois, au moins, pour transporter tous les pèlerins. Voilà deux mois d'agglomeration à Djeddah d'une foule impatiente. Nous demandons si ce ne sont pas là, avec aggravation, les conditions fâcheuses qu'on nous objecte? Si au contraire, pour accèlérer le départ, vous créez autant de lazarets que de cargaisons, nous demandons comment s'y prendra-t-on pour ravitailler tous ces points à la fois?

» Indépendamment de cela il y a du danger dans le voyage même. Rien que par le fait du transport maritime il y aurait de nécessité aggravation de la maladie.

3° *Mesures relatives à l'arrivée.* — Il est question d'improviser des lazarets : mais où ? on ne le sait pas; car, sauf Tor, MM. les Délégués Ottomans ne connaissent pas d'autres points ; et Tor, c'est nous-mêmes qui le leur avons indiqué. Ces lazarets, disent-ils, seront pourvus de tout, de pharmaciens, de médicaments, etc. C'est plus que nous ne leur demanderions. Nous voudrions seulement que l'eau et les vivres fussent assurés aux quarantenaires.

» Mais si les navires sont occupés au transport, comment pourront-ils ravitailler tant de lazarets ? Même avec les meilleures intentions du Gouvernement et avec les plus grands sacrifices qu'il s'imposerait, la famine surviendrait;—les pèlerins mourraient de faim et de misère si les lazarets se trouvaient loin de tout lieu habité ; — si au contraire il se trouvaient près des habitations ils deviendraient forcément des moyens de propagation du mal. En outre pour garder ces lazarets il faudrait des troupes et en assez grand nombre ; ces troupes deviendraient les agents de la propagation : l'expérience est là pour le prouver.

» Ainsi cette prétendue mesure philantropique, accomplie à grands frais, aurait pour résultat d'aggraver la situation des pèlerins, — de les faire périr, sinon de choléra au moins de misère. Qu'on nous dispense de produire des exemples à l'appui de ce que nous avançons.

» Nous ne mettons pas en doute les sentiments du Gouvernement, mais nous savons, malheureusement par expérience, que l'exécution, dans ce pays, est loin de répondre aux bonnes intentions et aux sacrifices du Gouvernement.

» Et encore ! si tout cela devait aboutir au résultat désiré, c'est à-dire à empêcher la propagation du mal ; mais c'est qu'en réalité il n'en serait rien; et l'on aurait sacrifié les pèlerins et beaucoup d'argent en pure perte. Tel est, Messieurs, le projet humanitaire qu'on nous oppose.

» Venons, maintenant, à la contre-proposition ou pour mieux dire aux contre-propositions *personnes*, car en réalité il y en a deux ; celle de Malcolm khan et celle de M. Sawas.— La première est radicale, elle veut supprimer la cause, c'est-à-dire le pèlerinage ; — la seconde a la prétention de diminuer le mal mais en réalité elle l'aggrave.

» Malcolm khan a eu soin de nous prévenir que la logique asiatique différait de la logique européenne ;— cela n'était pas nécessaire, nous nous en sommes bien aperçus. Nous ne voulons pas nous occuper de la pro-

position de Malcolm khan ; nous aimons mieux la renvoyer aux méditations des Gouvernements musulmans.

» Nous avons hâté d'arriver à la proposition de M. Sawas. — Selon nous, elle ne résout rien, elle laisse subsister toutes les difficultés ; — elle a les mêmes inconvénients que la proposition des Délégués Ottomans dont elle accepte le système, à savoir, les lazarets.

» La proposition fondamentale de M. Sawas consiste à laisser ouvert le port de Yambo, tout en rendant difficile aux pèlerins son accès. Cette mesure est fondée sur une erreur de route. M. Sawas suppose que pour aller à Yambo il faut passer par Médine. Or, nous avons fait voir plus haut que pour aller à Médine il faut passer au voisinage de Yambo ; ce qui fait que le voyage des pèlerins serait singulièrement compliqué. Une fois près de Yambo, comment les empêcherait-on d'y pénétrer et les obligerait-on d'aller auparavant se promener jusqu'à Médine ? En vérité cela n'est pas sérieux.

» MM. les Délégués Persans, c'est évident, n'ont eu qu'une seule préoccupation, — celle de sauver les apparences ; — le fond de la question importe peu à la logique asiatique ; — il suffit d'avoir l'air de secourir les pèlerins ; — peu importe si les mesures qu'on propose sont de nature à aggraver leur situation. Périssent les pèlerins,— périssent les populations européennes ravagées par le choléra, mais que les apparences soient sauvées ! Messieurs, si de tels principes peuvent avoir cours en Orient, il n'en saurait être de même au sein de la Conférence. Nous savons bien que les auteurs de ces propositions n'ont pas raisonné ainsi ; nous savons que leurs intentions sont tout autres, et que, comme nous, ils ne désirent que le bien de l'humanité. Nous leur rendons, sous ce rapport, pleine et entière justice. Mais il n'en est pas moins vrai qu'à leur insu, et par suite de cette logique asiatique dont il a été question, ils ont été amenés à des conséquences que, sans doute, ils ne prévoyaient pas.

» Oui, leurs auteurs—et ici nous parlons des autenrs de tous les contre projets,— sont bien loin d'avoir calculé toutes les conséquences des mesures qu'ils proposent. Ils ont négligé les plus simples éléments de la question qu'ils veulent résoudre. — Si M. Sawas est bien renseigné sur quelques points il ne l'est pas sur beaucoup d'autres, par exemple sur les routes.

» Quant à nous, nous repoussons de toutes nos forces toute proposition qui n'est qu'un simulacre de mesures préventives.

» Aussi voulons-nous une mesure qui soit une garantie sérieuse en vue du résultat à atteindre, et qui soit en même temps humaine dans son application. Après mûr examen la proposition que nous avons soumise à la Conférence nous a paru réunir ces deux conditions.

» Avant de finir permettez-nous, dit M. Fauvel, de répondre à quelques membres de la Conférence qui, soit tout haut, soit tout bas, ont laissé entrevoir que la mesure proposée par nous soulevait de graves difficultés politiques pour le Gouvernement Ottoman.

» A ces personnes nous répondrons que la Conférence n'a pas à s'occuper de questions politiques; cela est expressément entendu, et la Sublime Porte a pris soin de nous le rappeler. La Conférence a un but exclusivement humanitaire. celui d'étudier le choléra et de proposer les moyens de s'en préserver.

» Elle a seulement à se préoccuper de savoir si les moyens proposés, les nôtres par exemple, sont praticables, et s'ils ne soulèvent pas dans leur application des difficultés insurmontables. Tel est le rôle de la Conférence. Le reste appartient aux gouvernements qui auront à voir si les mesures proposées par nous n'ont pas, sous d'autres rapports, plus d'inconvénients que d'avantages. Aussi, selon nous, la Conférence sortirait-elle, de son rôle si elle voulait faire entrer la politique dans la balance de ses décisions.

» Les questions sanitaires que nous avons à traiter ne sont pas, en effet, de celles qui se prêtent aux tempéraments, aux moyens de conciliation de la politique. On ne transige pas avec le choléra. Le choléra est un ennemi brutal, qui se joue de tous les ménagements, de toutes les prévenances. Il a peu d'égard pour les attentions délicates, et si, par certaines considérations, vous vous relâchez de votre rigueur envers lui, il vous dévore sans pitié. Nous autres médecins nous en savons quelque chose ; une fois aux prises avec lui, nous savons que notre art, que nos efforts ont peu d'action sur ses effets. Aussi, reconnaissant notre faiblesse lorsqu'il a envahi une population, sommes nous disposés à opposer des barrières sérieuses à son invasion. C'est par là seulement que, jusqu'à nouvel ordre, nous espérons lutter avec avantage contre lui Ainsi, Messieurs, avec le choléra point de ménagements, si vous tenez par dessus tout à vous préserver de ses ravages ; pas de demi-mesures, autres que celles dictées par l'impossibilité de faire autrement.

» C'est pour cela, Messieurs, que nous vous adjurons de ne pas vous

préoccuper des prétendus difficultés politiques qui pourraient résulter de notre projet. Ce n'est pas notre affaire. Une fois l'opinion de la Conférence exprimée sur la question des mesures urgentes, le Gouvernement Ottoman, qui n'est nullement engagé par l'opinion de ses délégués, et qui seul reste juge de ce qu'il croira convenable de faire, le Gouvernement Ottoman, disons-nous, pèsera dans sa sagesse les raisons qui, dans son intérêt propre, militent pour ou contre l'opinion qui lui sera soumise.

» Il verra s'il est opportun et avantageux pour sa politique de donner des gages sérieux à la sécurité des population de son Empire et de toute l'Europe, ou s'il vaut mieux se renfermer dans l'inertie du fatalisme, ou encore, et cela au prix de grands sacrifices, se contenter de mettre en pratique des mesures illusoires, dangereuses et qui ne tromperont personne.

» Quant à nous, Messieurs, qui connaissons depuis longtemps les sentiments élevés qui distinguent les hommes d'Etat éminents placés à la tête du gouvernement de Sa Majesté le Sultan, nous n'avons pas de doute sur la manière dont ils trancheront la question. Quand le Gouvernement Ottoman éclairé par les raisons exposées par la Conférence et par l'opinion émise par elle, quand le Gouvernement Ottoman, disons-nous, sera bien pénétré de ceci, que loin d'aggraver la position des pèlerins, notre proposition est au contraire celle qui préserve, mieux que toute autre, leurs intérêts, en même temps qu'elle garantit le mieux les intérêts de la santé publique, alors il se ralliera à nous, nous en avons le ferme espoir.

» Par toutes ces considérations et après avoir réduit à leur juste valeur les objections qui nous ont été faites, ainsi que les contre-projets qui ont été opposés au nôtre, nous persistons à maintenir notre proposition et à demander à la Conférence de voulo ir bien l'adopter dans son intégrité au moins en ce qui concerne son principe fondamental. »

Le discours de M. Fauvel terminé, S. Exc. le Président accorde la parole à M. Kalergi, qui donne lecture de ce qui suit :

« Messieurs,

« Bien qu'il y ait eu, d'une part, développement exact de la proposition de mon honorable collègue,le délégué de France,sur les mesures d'urgence et que, d'autre part, une lumière suffisante ait jailli des discussions qui ont eu lieu au sein de la Commission chargée d'examiner cette propo-

sition, j'ai cru nécessaire, en ma qualité de délégué d'une puissance qui a donné des preuves éclatantes de sa sollicitude contre l'invasion de la maladie par l'emploi des mesures quarantenaires, j'ai cru, dis-je, nécessaire de dire aussi quelques mots sur cet incident.

Messieurs, la mesure proposée par mon honorable collègue, le délégué de France, me paraît très-convenable en général, et l'interruption entre les ports arabiques et le littoral égyptien, en cas de choléra, est également, à mon avis, une condition *sine quà non* de la préservation du mal. Des mesures plus sévères me semblent aussi de rigueur pour ce qui concerne les communications par terre, pour le cas où les pèlerins seraient forcés de prendre la voie de terre.

Il n'est pas encore suffisamment démontré, Messieurs, que la maladie ne puisse continuer à exister parmi les voyageurs de terre pour une longue durée de temps, par conséquent nous ne sommes pas sûrs que la maladie ne suive les pèlerins jusqu'à Suez.

Il est vrai que, dans la proposition d'urgence de MM. les délégués de France, ce cas est prévu, parce que l'art. 5, propose que les caravanes, avant d'arriver à Suez, à plusieurs journées de marche, subissent l'examen sanitaire ; mais il n'y est pas question des mesures à prendre si ces caravanes sont atteintes de choléra.

Cette proposition présuppose, sans doute, qu'elles seront assujéties à la quarantaine ; Mais, alors, Messieurs le danger est grand, car aviserat-on, à temps, pour qu'il y ait la force suffisante pour lui faire subir cette quarantaine ? En vue de cette éventualité, et pour le cas où ces mesures d'urgence seront approuvées par la Conférence, je serais d'avis que des démarches soient faites, dès à présent auprès du Gouvernement Ottoman, afin qu'il avise à des mesures efficaces pour faire subir la quarantaine aux caravanes susmentionnées.

Quant à la proposition relative à la non-interruption maritime et à l'établissement de 3 ou 4 lazarets sur 3 ou 4 différents points à désigner du littoral égyptien, pour y transporter les pèlerins en cas de choléra, permettez moi de vous faire observer, Messieurs, qu'on pourra délibérer sur cette question, lorsqu'on discutera les mesures définitives quarantenaires ; mais, aujourd'hui, s'agissant des mesures d'urgence comment peut-on admettre qu'il y ait temps suffisant d'établir les 3 ou 4 lazarets précités, et possibilité d'y recevoir 16,000 hommes.

» Comme vous n'ignorez pas, il n'y a que deux mois encore jusqu'au Courban-Baïram.

» Quand enverra-t-on l'ordre pour l'établissement de ces lazarets contenant 4,800 pèlerins chacun ? Quelle est la force que l'on emploiera pour contenir ces masses ? Quand est-ce que cette force arrivera sur les lieux ? Quand enverra-t-on le matériel nécessaire pour ces lazarets et quand pourra-t-on les construire ? Où trouvera-t-on de suite le personnel apte et suffisant pour le service sanitaire ? comment enfin et où se procurera-t-on les vivres nécessaires pour l'entretien d'un aussi grand nombre de pèlerins mis en quarantaine ?

» Et, en admettant même, Messieurs que tout cela serait possible et fût réellement fait, comme par enchantement, pouvons-nous prévoir les excès où la peur du mal pourrait porter les pèlerins ? N'est-ce pas à craindre que le moindre de ces excès serait la violence dont pourrait user l'équipage envers le capitaine pour le forcer de faire escale ailleurs que sur les points prescrits par le règlement ? Et cette éventualité pourrait-elle se présenter si l'on empêchait la présence des bâtiments de transport ?

» Vous voyez, par ce qui précède, Messieurs, que le temps matériel nécessaire manque pour admettre la contre-proposition des délégués de Turquie.

» Sur la question des mêmes délégués si l'on peut prémunir l'Egypte contre l'importation du mal indien, en interdisant aux pélerins le retour par mer, je réponds qu'aujourd'hui il ne s'agit absolument que de l'adoption des mesures d'urgence qui, plus ou moins, peuvent préserver nos pays du danger en cas de la réapparition du choléra cette année.

» Je ne pense pas qu'on ait jamais contesté la possibilité de l'importation de cette maladie par voie de terre, et pour cela même je viens proposer à la Conférence l'application la plus rigoureuse des mesures quarantenaires pour les pèlerins qui prendront la voie de terre. Cette théorie de MM. les Délégués Ottomans, loin d'affaiblir la proposition d'urgence, tend au contraire à la fortifier par la raison que l'importation par mer est beaucoup plus dangereuse.

» La Grèce, Messieurs, dès la première apparition du choléra en Europe, a considéré cette terrible maladie comme endémique dans les pays d'Asie et probablement aux Indes d'où elle est importée ailleurs, sans jamais s'y développer spontanément. Elle a donc procédé à l'application

du régime quarantenaire qui l'a sauvegardée de l'invasion du fléau ; aussi le gouvernement hellénique a-t-il appuyé fortement ce principe par ses délégués à la Conférence de Paris en 1851 et 1852.

» En temps opportun je soumettrai à cette honorable Conférence des détails qui ont transformé l'opinion du gouvernement grec en une conviction profonde sur l'efficacité incontestable des mesures quarantenaires strictement et consciencieusement observées.

» Je propose conséquemment, Messieurs que des démarches soient faites, dès à présent, auprès du Gouvernement Impérial Ottoman afin qu'il avise à des mesures efficaces pour faire subir la quarantaine aux caravanes qui prendront la voie de terre, et cela en cas de choléra cette année.»

A la suite de la lecture de M. Kalergi, M. Mühlig formule la proposition suivante :

La Conférence, dit il, a pris connaissance et de la proposition française et des contre-propositions qu'on lui a opposées. Le discours de M. Fauvel à l'appui de sa proposition est tellement complet qu'il ne laisse plus rien à désirer, et que toute hésitation est impossible. Tout autre discours, selon moi, poursuit-il, serait superflu, et la Conférence n'a pu que se convaincre qu'en dehors de la proposition française toute mesure proposée reste sans valeur et sans importance. Elle n'a donc qu'à adopter le projet français. Je propose donc, conclut M. Mühlig, qu'on soumette immédiatement au vote de la Conférence la proposition française, c'est-à-dire son principe fondamental. Pour ce qui est des détails, la Conférence doit y revenir pour les discuter. A cette occasion on aura plusieurs choses à dire, et moi-même j'ai des observations à faire.

M. Mühlig pense que le projet de M. Kalergi ne différant qu'en un seul point de la proposition française, ne pourrait pas empêcher que celui-ci ne soit immédiatement voté.

M. Bartoletti observe que la proposition de M. Mühlig est contraire à la décision de la Conférence qui a déjà engagé tous les délégués qui veulent prendre la parole, pour ou contre la proposition française, de s'inscrire. D'après M. Bartoletti la proposition de M. Mühlig équivaut à l'acceptation du projet français sans aucune discussion, M. Bartoletti pense que MM. les délégués du Gouvernement français sont les premiers à désirer qu'une discussion sérieuse s'ouvre et s'engage sur leur projet. Il est trop important pour qu'ils aient raison de craindre la discussion. Une dis-

cussion pleine et entière ne pourrait qu'éclaircir beaucoup de points, et éclairer convenablement la Conférence.

M. de Lallemand. — C'est très bien, mais dans ce cas qu'on donne la parole à ceux qui veulent parler contre notre proposition.

M. de Krause. — M. Mühlig lui-même est bien loin d'empêcher la discussion, S'il demande que la Conférence se prononce, par un vote sur l'acceptation ou le rejet de la proposition française, c'est qu'il croit que la Conférence est assez éclairée sur les points les plus importants concernant le principe fondamental. Pour le détail la discussion aura lieu et lui-même se propose de l'engager. Cela se pratique dans toutes les assemblées délibérantes, où tout membre a le droit de proposer la clôture d'une discussion.

M. Sawas. — M. de Krause a l'air de ne pas s'apercevoir que si on vote le principe, toute discussion devient inutile ou superflue car une fois le principe admis on ne pourrait plus y revenir. Or, tout le monde accepte-t il ce principe? Ceux qui ne l'acceptent pas pourquoi n'auraient ils pas le droit de parler pour signaler les inconvénients qu'ils lui attribuent ou pour faire toute autre observation ?

M. Mühlig ajoute qu'il croit que la Conférence adoptera à une grande majorité le projet français.

Salih Efendi et M. Bartoletti sont d'avis de ne pas entraver la discussion; chacun doit jouir des mêmes droits ; — il faut qu'il y ait pleine et entière liberté de parole tant pour ceux qui soutiennent la proposition française que ceux qui la combattent.

M. Segovia. — Je reconnais, dit-il, à tout membre de la Conférence le droit de demander la clôture d'une discussion. Mais il avoue en même temps que la question est tellement grave, qu'il serait, si non de rigoureuse justice, du moins équitable de ne pas prononcer la clôture tant qu'il y a des délégués qui désirent parler.

M. Pinto de Soveral émet le même avis.

M. Sotto reconnaît toute l'efficacité des mesures proposées par MM. les Délégués Français. S'il me restait quelque doute, dit-il, grâce au brillant discours de M. Fauvel j'ai la conviction que les mesures qu'ils ont proposées sont les meilleures, je dirai même les seules. Quant à la proposition de M. Mühlig, M. Sotto partage l'avis de M. Segovia, car, dit-il, si nous prononçons la clôture de la discussion toute contre-proposition devient impos-

sible. Il est bien entendu, ajoute-t-il, que les répétitions doivent être écartées sans quoi on ne finirait jamais et certes on en feraient beaucoup si l'on se proposait, après les développements données par M. Fauvel, de soutenir la thèse qu'il a victorieusement démontrée. Mais s'il y a des faits à lui opposer, des arguments sérieux à faire valoir, tant mieux, que la Conférence y prête toute son attention, car elle sera de plus en plus éclairée.

La Conférence, sur l'invitation de S. Exc. le Président, se prononce pour la continuation de la discussion. Sa prochaine séance aura lieu jeudi prochain 1er mars, à une heure de l'après-midi.

Ceux qui entendent prendre la parole pour ou contre le projet français sont invités à s'inscrire.

M. le secrétaire inscrit les personnes suivantes :

S. Exc. Salih effendi,

M. Bartoletti,

M. Sawas,

M. Segovia.

M. Pelikan demande la parole pour rectifier un passage du discours de M. Fauvel qui le concerne.

J'ai parlé, dit M. Pelikan, à notre dernière séance de l'invasion du choléra des Indes et non pas de son développement, de son apparition dans un lieu hors des Indes. M. Fauvel a parlé de l'apparition, en 1847 et 48, du choléra à La Mecque, et à Djeddah en 1864 et 65. Mais les faits qu'il cite n'infirment point mon opinion sur la *non invasion deux ans de suite* du choléra des Indes dans la même localité. Le principe que j'ai posé dans ma note est celui-ci : — pour expliquer le *développement épidémique* du choléra, il ne suffit pas d'admettre sa *transmissibilité*, mais il faut tenir compte aussi d'autres conditions inconnues, nécessaires pour qu'il acquiert ce caractère.

Voici en quels termes j'avais énoncé ma proposition :

— Quel est le degré de probabilité d'une nouvelle importation du choléra épidémique, des Indes à La Mecque ?

Les données statistiques que depuis 1817 possède la science nous montrent que les épidémies viennent toujours des Indes, — que le choléra n'a jamais suivi la même route *deux ans de suite* — et cela parce qu'il est plus que probable que le développement épidémique du choléra ne peut s'expliquer que par sa transmissibilité.

M. Pelikan en finissant déclare qu'il maintient sa proposition dans toute son intégrité.

La séance est levée à 5 heures.

Ordre du jour de la prochaine séance: — continuation de la discussion sur la proposition d'urgence.

Le Président de la Conférence Sanitaire,

SALIH.

Les Secrétaires,

Dr NARANZI.— Bon DE COLLONGUE.

N° 5.

SÉANCE DU 1er MARS 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil huit cent soixante six, le 1er mars, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa cinquième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Etaient présents:

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A. ;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien.

Pour la Belgique:

M. le comte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général chargé d'affaires ;

M.le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

L'Honorable M. W. Stuart, secrétaire de l'Ambassade de S.M. Britannique;

M. le Docteur Goodeve, chirurgien major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Dr E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. B., Délégué de la Grande-Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople;

Pour la Grèce :

M. Kalergi, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

Pour l'Italie :

M. Alexandre Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur Millingen, délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople, siégeant pour la première fois au sein de la Conférence ;

Pour la Perse :

Mirza-Malkom-Khan, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur Sawas Efendi, inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M.le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio Gomez, 1er médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. H. de Krause, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi de Prusse;

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical en Russie ;

M. le Docteur Lenz, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège ;

M. Oluf Stenersen, chambellan de S.M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'École Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur-général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil de Santé de Constantinople.

La Séance est ouverte à une heure de l'après-midi.

M. le B^on^ de Collongue, l'un des secrétaires, donne lecture du procès-verbal de la 3^me^ Séance.

M. le C^te^ de Lallemand s'étonne que le projet d'amendement de M. le D^r^ Sawas ainsi que le discours de Mirza-Malkom-Khan à l'appui de ce projet d'amendement, aient été imprimés à titre d'annexes au dit procès-verbal avant même qu'il ait été lu à la Conférence.

M. le D^r^ Fauvel appuie cette observation, notamment en ce qui concerne le discours de Mirza-Malkon-Khan qui, sans introduire aucune proposition nouvelle, n'a fait que soutenir l'amendement présenté par M. le D^r^ Sawas, et dont les paroles ont dès lors leur place marquée dans le corps même du procès-verbal. M. le D^r^ Fauvel fait remarquer, en outre, que c'est à MM. les secrétaires seuls qu'appartient le droit de faire imprimer des documents avec l'entête : « *Conférence Sanitaire Internationale* » qui figure sur les deux pièces en question.

M. le D^r^ Sawas explique que son projet d'amendement a été imprimé à son compte personnel, qu'il en est de même du discours de son honorable

collègue, et que c'est par une erreur de l'imprimeur que ces deux pièces portent l'entête de la Conférence. M. le Dr Sawas ajoute qu'ainsi que Mirza Malkom-Khan, il avait, d'ailleurs, préalablement sollicité et obtenu l'autorisation de M. le Président.

L'incident vidé, la Conférence adopte le procès-verbal de la 3me Séance.

S. Exc. Salih Efendi demande à dire quelques mots au sujet de la contre-proposition Ottomane et annonce qu'il cèdera ensuite la parole à son collègue M. le Dr Bartoletti pour entrer dans les développements qu'elle comporte.

Tout en reconnaissant qu'il y a dans le projet présenté par MM. les délégués de France bien des détails importants, S. Exc. déclare qu'il est des considérations excessivement graves qui ne lui permettront jamais d'y souscrire : Sa conscience ne le laisserait pas accepter une proposition, bonne, il est vrai, en principe, mais qui dans la réalité de l'exécution conduirait fatalement à une catastrophe.

La route de terre est dangereuse pour les pèlerins à cause du manque de moyens de transport et du manque de vivres qui en est la conséquence obligée ; dans de pareilles conditions, des milliers d'hommes périraient sans espoir de secours au milieu du désert. Certes, on ne saurait accuser MM. les Délégués de France d'envisager avec indifférence de si grands malheurs, mais ils suivent une voie fatale aux pèlerins bien que dans leur conscience, ils aient la conviction de leur être utiles.

Les informations que possèdent les Délégués du Gouvernement Ottoman les forcent à prévoir ces malheurs et leur imposent le devoir de les prévenir ; ils ne s'appuient pas sur les assertions d'un voyageur dont les récits, déjà anciens, ne sont, plus en rapport avec l'état actuel des choses dans le Hedjaz, mais bien sur des renseignements puisés auprès des personnes les plus compétentes, c'est-à-dire des gouverneurs de Damas qui ont préparé pendant ces dernières années la caravane de Syrie et aussi de Musulmans ayant accompli le pélerinage. En ce qui me concerne, continue S. Exc. Salih Efendi, je n'ai, pas plus que le Gouvernement de S. M. I. le Sultan, intérêt à tromper les membres de l'honorable Conférence, je suis, d'ailleurs, trop connu par tous les Européens qui habitent cette capitale pour que quelqu'un puisse ignorer que je suis incapable de dire autre chose que la vérité !

La plus grande difficulté et cela même au prix des plus grands sacrifices serait de trouver des chameaux pour les 15,000 pèlerins dont il a été parlé : d'après les calculs les plus sûrs, il n'en faudrait pas moins de 45,000, or il serait aussi impossible de songer à les réunir dans un bref délai que d'assurer à une aussi grande quantité d'hommes et d'animaux des vivres en quantité suffisante.

S. Exc. termine en ces termes : Pour les pèlerins qui sont arrivés dans le Hedjaz par la voie de mer, si la Conférence, ne se préoccupant que des intérêts de l'Europe, est décidée à les laisser sans ressources au milieu du désert, je n'ai rien à dire. Je supplie seulement ceux de mes collègues qui voudraient voter contre la proposition Ottomane, de bien réfléchir aux dangers sur lesquels j'appelle leur plus sérieuse attention ; tôt ou tard, je suis convaincu qu'ils nous rendront la justice qui nous est dûe.

M. le Dr Bartoletti lit le discours suivant :

« Messieurs ,

» L'honorable M. Fauvel a soutenu devant vous la thèse qu'il défend, c'est-à-dire le principe de la proposition française, avec un talent, une précision topographique et historique vraiment remarquable, et nous sommes les premiers à lui adresser nos félicitations. Il vous a démontré que les pèlerins restant à La Mecque se trouveraient dans un milieu riche en ressources de tout genre, commerce, approvisionnements, eau, moyens de transport, le tout à un degré d'abondance que nulle ville de l'Arabie ne saurait égaler. La route du désert, il nous l'a représentée, si non comme sillonnant la vallée de l'Arno ou les plaines de la Normandie, du moins comme ne manquant de rien pour fournir à une grande caravane de quoi vivre, de quoi boire et se faire transporter Il vous a montré les tribus de l'Arabie accourant de toute part sur les flancs de la caravane pour l'approvisionner, lui offrir des milliers de chameaux et faciliter sa marche de retour. Rien ne saurait manquer à ces heureux pèlerins, d'après M. Fauvel, pourvu qu'ils aient le moyen de tout payer comptant, toujours la bourse à la main. C'est ainsi que le séjour prolongé des pèlerins à La Mecque, leur retour par le désert, se réduisent à une affaire d'argent purement et simplement. Plût à Dieu qu'il en fût ainsi. J'avoue que la question ainsi posée n'offrirait plus qu'une difficulté surmontable , puisqu'en dernière

analyse, moyennant un sacrifice de quelques millions, elle serait à l'instant résolue ; quant à moi qui partage entièrement l'opinion de M. Fauvel sur l'efficacité de ses héroïques mesures, je m'inclinerais alors de suite devant la proposition française Nous verrons, Messieurs, tout à l'heure, par des faits aussi évidents qu'authentiques, où est l'erreur de cette assurance trompeuse et remplie de périls. Qu'il me soit permis, pour arriver à cette démonstration, de compléter la partie historique du voyage de la caravane dont M. Fauvel nous a donné hier de si intéressants détails. La conclusion que j'en tirerai ne sera pas la même que celle de M. Fauvel. Vous aurez par là la preuve que nous n'ignorons pas, comme on le suppose, ce qui se passe sous nos yeux, et, peut-être, quelques esprits hésitants et entraînés par l'éloquence de l'orateur qui a soutenu le principe contraire, finiront-ils par rendre justice à notre opposition.

» Mais avant d'entrer en matière, j'adresserai des remercîments à mon très honorable collègue pour m'avoir associé à ses idées sur le projet à substituer à celui de MM. les Délégués de France, idées qui nous sont communes d'ailleurs, sauf la manière de développer notre pensée qui est propre à chacun de nous en particulier.

» La caravane de La Mecque, qu'elle soit nombreuse ou restreinte, voici comment se passent les choses à son départ de Damas. La grande préoccupation des autorités, dans cette occasion, est de préparer un grand nombre de chameaux. C'est une erreur de croire qu'il y a des pèlerins qui font à pied le voyage Il n'y a que les *akiams*, domestiques des caravaniers, seuls qui aient l'habitude de pareils efforts. Le voyage de Damas à La Mecque, aller et retour, est de 770 heures, marche de caravane, en 68 stations, et ce voyage s'accomplit en quatre mois y compris les 12 jours, les plus fatiguants du pèlerinage, des fonctions religieuses aux Lieux-Saints. Il faut compter trois classes de pèlerins, et j'entends toujours parler de la caravane de Damas, les riches que je mets de côté, les gens aisés qui font le trajet sur un chameau, et les moins aisés qui prennent un chameau pour deux et se placent de chaque côté de l'animal dans ce qu'on appelle un *mafé* De pauvres proprement dit, il n'y en a pas, ou très peu. Notons en passant que ces derniers n'appartiennent ni à la Turquie ni à l'Egypte. La plupart sont des Indiens, des Tacrouris africains, c'est-à-dire des nègres.

» Pour mille pèlerins, il faut ainsi 750 chameaux, plus 750 chameaux de

rechange, car les mêmes animaux ne peuvent pas tenir pour tout le voyage et sont montés alternativement tous les deux jours. Soit donc 1500 chameaux pour mille pèlerins. Il faut encore ajouter un chameau par chaque pèlerin pour ses effets et une demie charge de chameau pour le transport des vivres et quelquefois de l'eau, ce qui fait encore 1500 chameaux, et on arrive ainsi,en fin de compte, à un total de 3000 chameaux pour 1000 pèlerins. La caravane est escortée par une force militaire de 400 hommes avec 3 canons de petit calibre pour laquelle seule on emploie 2000 chameaux. Or, la caravane ordinaire de Damas étant, dans l'état actuel des choses, de 2 à 3 mille pèlerins, il s'ensuit qu'on emploie chaque année 11,000 chameaux pour son voyage d'aller et retour. Supposons que la caravane fût composée de 15,000 pèlerins, il lui faudrait exactement 47,000 chameaux pour effectuer son voyage. Ce nombre, un nombre plus grand encore, était autrefois atteint, et les gouverneurs de Damas accompagnaient les pèlerins jusqu'à La Mecque avec le titre d'*Emir hadj* dont ils s'honorent encore aujourd'hui, bien que ce ne soit plus qu'en souvenir des temps passés. Les gouverneurs de Damas se bornent maintenant à suivre la caravane jusqu'à deux ou trois stations et reviennent ensuite sur leur pas.

Alors, Messieurs, la caravane allait par terre et tout se faisait d'après une organisation séculaire instituée *ad hoc* et scrupuleusement maintenue. M. Fauvel nous a décrit sa route, ses stations et ses ressources.

» Nous savons, nous-mêmes, qu'il y avait des stations fournies de tout, protégées par des garnisons. C'étaient autant d'entrepôts de vivres où les caravanes trouvaient de quoi se ravitailler à l'aller et au retour.

» Maintenant on se borne à leur envoyer des approvisionnements à Hedié Heschmessi et à Zerka, à quatre et deux journées de Damas. On envoie aussi des cadeaux aux tribus insoumises des Béni Sahir et des Béni-Attié, afin qu'elles s'abstiennent d'inquiéter les pèlerins sur leur passage.

» Grande était autrefois l'importance des caravanes dont M. Fauvel nous a parlé. Mais, je le répète, sa description appartient aux temps passés. Ce n'est que de l'histoire.

» Voyons plutôt l'actualité.

» Le progrès de la navigation et l'introduction de la vapeur dans la mer-Rouge ont radicalement changé, là aussi, comme ailleurs, l'ancien système. La caravane de terre a perdu toute son importance. Les entrepreneurs qui concentraient autrefois à Damas des milliers de chameaux, en perdant

leurs profits, se sont ruinés et ont renoncé à leur ancien métier ; ceux qui le continuent font de très-mauvaises affaires, et avec la diminution des chameaux, diminue aussi le nombre des pèlerins. L'année passée on n'en a compté que 2000. Il est évident, d'après ce qui précède, que la caravane pour qu'elle puisse revenir de La Mecque à Damas, aurait besoin de 40 à 50 mille chameaux Où les prendrait-elle, alors même que les pèlerins auraient les poches remplies d'or? Ne sait-on pas d'ailleurs qu'ils sont tous pauvres lorsqu'ils reviennent? Mais admettons qu'ils aient largement de quoi payer, et qu'ils puissent touver des montures pour aller jusqu'à Médine ; là les bédouins qui les auront fournis reviendront sur leur pas, car les chameaux du désert sont d'une espèce différente de ceux de Syrie, ils ne marchent pas sur le sol pierreux qui est entre Médine et Suez ou Damas. Les pèlerins resteraient alors nécessairement à Médine. Mais ils seront là dans la terre promise, dira t-on, Médine c'est le pays de l'abondance, et ils pourront à leur aise y attendre que la Providence vienne les tirer d'embarras! Et bien, on se trompe; Médine est une ville à ressources très-limitées ; ce qui la distingue des autres villes de l'Arabie, c'est quelques plantations de dattiers, de grenadiers et des jardins potagers, c'est un oasis au milieu d'un désert, ni plus ni moins, mais qui ne pourrait pas donner à vivre à une population une fois plus grande que la sienne. Sous ce rapport, comme l'a bien dit M. Fauvel, La Mecque l'emporte grandement sur Médine quoiqu'elle soit tout-à-fait dépourvue de végétation. Il y a trois ou quatre ans, les Médinais ont pris les armes pour chasser les pèlerins qui avaient montré la velléité de rester dans leur ville au-delà du terme de trois jours qui leur est accordé *ab antiquo*, parce qu'il craignaient de manquer de vivres pour les nourrir et se nourrir eux-mêmes. Ainsi les pèlerins abandonnés d'une part, chassés de l'autre, affamés et décimés par le choléra finiraient par périr tous de misère, de maladie et de désespoir. Voilà où l'on en arrive avec un système que l'on croit applicable à des conditions qui n'existent plus; car l'erreur, c'est, en effet, de se figurer que nous soyons encore en 1814. Ce que nous demandons à nos honorables contradicteurs, c'est de faire la part des changements survenus depuis.

» Ce que nous disons de la route de Damas pour la caravane de Syrie, est encore plus vrai pour celle de la caravane d'Egypte. Cette dernière route est presque abandonnée et il n'y a que peu de pèlerins qui s'avisent d'aller, par là du Caire à La Mecque. Depuis des années ils y vont tous

par la mer-Rouge, et beaucoup de personnes qui, par un pieux désir de suivre les traces de leurs pères, font le voyage par terre, vont rejoindre en Syrie la caravane de Damas.

« Nous pensons avoir ainsi démontré que, faute de moyens de transport, le voyage de la caravane par terre est impossible, et le temps matériel manque pour que le gouvernement puisse aviser aux moyens de le rendre praticable.— Passons à la question de l'eau et des vivres. Pour ce qui est de la question de l'eau, bien qu'elle soit d'une très grande importance, nous nous y arrêterons seulement pour constater un fait. C'est que si elle ne manque pas tout à fait à la fin du pèlerinage ordinaire, on peut affirmer du moins avec assurance qu'elle n'est ni aussi abondante, ni aussi bonne qu'on l'a soutenu. On a parlé de l'eau du puits de Zem-zem, mais cette eau ne sert pas aux usages ordinaires ; et si elle est abondante, il ne faut pas oublier aussi que les préceptes de la religion musulmane veulent qu'on ne l'emploie que pour les ablutions et tout au plus pour la boisson. Mais la question des vivres l'emporte de beaucoup sur celle de l'eau. Les approvisionnements de quelque manière qu'ils se fassent, de quelques lieux qu'ils proviennent, doivent, cela est incontestable, se trouver énormément diminués à la fin du pèlerinage. Il n'est pas présumable que les Mecquauis les mettent à la disposition des étrangers pour s'en priver et s'exposer ainsi à la famine. Ils les garderont probablement pour eux-mêmes et, dans ce cas, les pèlerins qui ne seront pas assez riches pour bien payer, ne se trouveront pas en pays d'abondance. Cela est si vrai du reste que ceux des pèlerins qui, par dévotion, aiment à passer quelque temps à La Mecque après avoir accompli le pèlerinage, reçoivent journellement une ration de vivres. Le mal ne serait peut-être pas si grand si une partie des pèlerins pouvait trouver les moyens de retourner par la voie de terre, ce qui est fort douteux ; mais dans le cas de cette impossibilité, il faut s'attendre encore à des complications plus sérieuses et d'un autre genre, à des collisions même sanglantes, je ne dirai pas seulement à La Mecque et à Djeddah, mais partout où des gens affamés pourront se jeter pour prendre de force ce qu'ils ne sauraient avoir l'espoir d'obtenir autrement.

« Il faut noter, à propos des vivres, que l'Egypte n'envoie plus maintenant que bien peu de céréales à l'Hedjaz, pour la raison bien connue de

ses propres besoins, et que de plus l'Egypte attire à elle le bétail que la côte d'Afrique avait l'habitude d'exporter à Djeddah. Ce sont autant de circonstances qui concourent à rendre difficile la question des approvisionnements de La Mecque, si cette ville devait nourrir pour un ou deux mois le gros du pèlerinage ; déjà pour les raisons que je viens d'indiquer, le prix des vivres a beaucoup renchéri dans tout le Hedjaz

« Je n'entrerai pas dans la question des pèlerins Indiens, puisque la sortie leur est ouverte par Gonouda, port que nous avons recommandé à l'attention de la Commission sanitaire ottomane du Hedjaz dans les instructions que lui a données le Conseil Supérieur de Santé. Mais il n'est pas moins vrai qu'on impose à ces pèlerins sept jours de marche, à pied peut-être, puisque la caravane de l'Egypte devant retourner par terre aura absorbé la plupart des chameaux disponibles.

« Tels sont, Messieurs, les dangers évidents que nous devons tâcher d'éviter. Nous sommes les premiers à reconnaître l'urgence de mesures efficaces à prendre pour empêcher une nouvelle invasion du choléra en Egypte. Nous reconnaissons aussi, moi du moins, l'efficacité de la mesure proposée par MM. les Délégués du Gouvernement Français, mais en face des inconvénients graves qu'elle présente, pouvons-nous en recommander l'application au Gouvernement Ottoman sans exposer ce Gouvernement à en subir les conséquences les plus graves. Ces conséquences peuvent aller jusqu'à lui attirer la désaffection des populations musulmanes de l'Empire et le jeter dans les plus grands embarras. Je veux bien admettre que le retour de la caravane par terre soit, au point de vue hygiénique et sanitaire, le plus avantageux aux pèlerins, mais la question est de savoir si les populations comprendront ainsi la restriction qu'on impose au pèlerinage. Je suis d'avis, et cela est certain, que la mesure sera accueillie avec le plus grand mécontentement.

« Je demande maintenant si en présence de pareils dangers, il ne serait pas prudent de rechercher un moyen plus praticable, plus doux par sa forme, d'évacuer le Hedjaz ? Nous l'avons proposé ce moyen. Il offre, selon nous, une garantie suffisante si non absolue. Mais quel est le système qui puisse offrir une sécurité complète contre le choléra? Certes si la proposition de MM. les Délégués de France était exécutable, si elle n'impliquait pas des difficultés insurmontables, du moins pour cette année, elle serait la meilleure garantie. Mais telle qu'elle est, nous ne pouvons nous y asso-

cier, et nous proposons de lui substituer notre projet qui n'en est après tout qu'une modification.

« Nous sommes d'accord sur la liberté à laisser aux pèlerins de rentrer par la voie du désert. La proposition française demande l'interdiction complète de la mer-Rouge pendant la durée de l'épidémie, nous proposons une interdiction restreinte, au moyen d'une évacuation méthodique. Nous y ajoutons des lazarets au retour sur le sol égyptien. Ici on nous fait une objection qui a une apparence de solidité, mais ce n'est qu'une apparence. On nous dit que nos lazarets n'offriraient aucune garantie, qu'au contraire ils seraient dangereux et pour les pèlerins et pour le pays. L'erreur dépend de la manière de comprendre la question des lazarets,et c'est ce qui arriverait en effet si l'on devait créer des lazarets comme ceux des Dardanelles, de Smyrne et, en général, de tous les lazarets à peste tels qu'ils existent même en Europe, à proximité des villes et construits en maçonnerie. Loin de là, nous entendons parler de campements dans des lieux déserts sur des plages de la mer-Rouge, et l'on sait s'il en existe, sauf à faire un bon choix et pourvu qu'il y ait de l'eau. Les campements seraient distancés par groupes, de manière qu'il ne puisse y avoir de communications entre un groupe et un autre. Les troupes qui les garderaient seraient placées à distance et assujetties au même règlement quarantenaire que les pèlerins. Les approvisionnements seraient envoyés d'avance,pour éviter toute espèce de rapport avec les pèlerins. La possibilité d'une compromission serait ainsi absolument écartée. Qu'y a-t-il là d'impraticable ? je le demande. Mais, j'entends me dire, et l'encombrement de Djeddah et les collisions au moment de l'embarquement. Soyez bien persuadés, Messieurs, que si d'une part on proclame la libre issue par le désert, il y aura de ce côté un grand écoulement, qui diminuera d'autant l'encombrement à La Mecque et à Djeddah. Soyez persuadés aussi, qu'après le départ par mer de quelques milliers de pèlerins, ceux qui resteraient, du moins une grande partie, prendraient encore la voie de terre. Il ne resterait, disons-le, de cette manière, entre La Mecque et Djeddah, que le tiers environ de la masse des pèlerins. Un second convoi enleverait ce reste du pèlerinage, et le grand problème de l'évacuation du Hedjaz serait résolu sans encombre, à la satisfaction de tout le monde et à l'honneur de la Conférence.

« Qu'il me soit permis, et je finis, de m'arrêter un instant sur la dernière

partie du discours de M. le Dr Fauvel, dont j'ai appris à connaître la droiture et l'intérêt qu'il prend aux institutions sanitaires de notre pays, depuis 18 ans que nous travaillons ensemble dans le même but ; qu'il me soit permis, dis-je, de le remercier de la confiance qu'il met dans la sollicitude des hauts fonctionnaires du Gouvernement Impérial pour le choix des mesures les plus appropriées et les plus praticables à adopter d'urgence pour prévenir l'éventualité d'une seconde invasion du choléra. Les populations de l'Empire béniront le nom de Sa Majesté Impériale qui les aura sauvées d'une nouvelle calamité,et l'Europe lui devra une sincère et profonde reconnaissance.

« Nous nous réservons, Messieurs, de demander le vote de la Conférence sur le principe de notre amendement en temps opportun. »

S. Exc. Salih Efendi annonce après ce discours que le Gouvernement Ottoman ne saurait accepter la proposition française, son exécution dans un bref délai étant complètement impossible. Son Excellence ajoute que c'est sur l'ordre de son gouvernement qu'il fait cette déclaration à la Conférence.

M. le Cte de Lallemand proteste de la manière la plus vive contre cette déclaration qui lui parait avoir un caractère essentiellement diplomatique, en faisant observer que MM. les Délégués de Turquie siègent au sein de la Conférence au même titre que les Délégués des autres Puissances et qu'ils ne sauraient, dès-lors, avoir le droit de parler au nom de leur gouvernement. M. de Lallemand voit dans la communication faite par S. Exc Salih Efendi une tentative pour établir entre la Sublime Porte et la Conférence des relations directes et officielles qui ne doivent pas exister.

M. Vernoni s'associe à ces observations; de semblables déclarations ôteraient à la Conférence toute sa liberté d'action et rendraient toute discussion inutile.

S Exc. Salih Efendi explique que ses paroles n'avaient d'autre but que *d'annoncer* à la Conférence l'impossibilité où le Gouvernement Impérial se trouverait, faute de temps, d'exécuter des mesures telles que celles qui sont proposées.

M. le Dr Fauvel répond que ce n'est pas là la question, qu'on a voulu en quelque sorte procéder par intimidation vis-à-vis de la Conférence, empêché qu'on était de trouver de bons arguments à opposer à la proposition française.

M. le C^te^ de Lallemand demande que la Conférence déclare que M. le président n'a pas qualité pour faire des déclarations au nom de son gouvernement, ni la Conférence qualité pour les recevoir.

M. Segovia rappelle que la Conférence n'a d'autre mission que celle de proposer des mesures contre le choléra, que la politique et les questions d'administration ne sont pas de son ressort, que cela a été parfaitement établi dans le discours d'ouverture prononcé par S. A. A'ali pacha. Pour ce qui est des questions d'exécution, ce sera l'affaire des gouvernements représentés au sein de la Conférence qui auront à s'entendre à ce sujet; Il faudrait, d'ailleurs, prouver et non pas seulement annoncer que les mesures proposées sont inexécutables.

Mirza-Malkom-khan croit au contraire que S. Exc. Salih Efendi n'a fait qu'user d'un droit incontestable, les relations directes et journalières qui existent entre lui et son gouvernement justifiant complètement sa démarche.

M. le D^r^ Sawas partage cette manière de voir : en admettant, d'ailleurs, que la communication incriminée ne dût pas être considérée comme une déclaration officielle, la Conférence devrait, dans son opinion, y voir une utile et précieuse information.

M. Stuart repousse de son côté la motion de M. le C^te^ de Lallemand. Chaque membre de la Conférence doit avoir le droit de soumettre à la Conférence les communications qu'il reçoit de son gouvernement; c'est un droit dont il userait, quant à lui, à l'occasion. M. le Délégué de la Grande-Bretagne ajoute enfin que le Gouvernement Ottoman eût pu attendre le vote de la Conférence pour déclarer qu'il ne pouvait exécuter les mesures proposées : en le faisant d'avance, il n'a fait que donner une marque d'égards à la Conférence.

S. Exc. Salih Efendi déclare que ni lui ni le gouvernement de S. M. I. le Sultan ne veulent encourir le reproche d'intimidation, et que dès l'instant que sa communication a paru irrégulière à quelques membres de la Conférence, il préfère la retirer.

La discussion continuant sur l'incident, M. le Ch^er^ Pinto de Soveral propose que la Conférence décide que la déclaration faite par S. Exc. Salih Efendi sera reçue uniquement à titre d'information.

M. le C^te^ de Lallemand pense qu'on doit se borner à prendre acte du retrait de la déclaration.

M. de Krause, M. le Dr Sotto et quelques autres membres de la Conférence ayant représenté que cette discussion n'a plus d'objet du moment que M. le Président a retiré la déclaration qui l'avait fait naître, il est passé outre à l'incident et la parole est accordée à M. le Dr Sawas, pour répondre au discours prononcé par M. le Dr Fauvel à la séance précédente.

M. le Dr Sawas lit le discours qui suit :

« Messieurs,

» Vous avez entendu le brillant discours de notre collègue M. le Dr Fauvel, et certes, vous en conserverez tous une vive et exacte réminiscence. L'impression que laisse sur les esprits une dissertation aussi remarquable que celle de mon honoré Confrère, s'efface difficilement. Pour ma part, j'ai tellement concentré mon attention à suivre l'orateur à travers toute son argumentation, que j'espère n'en omettre aucun des points importants dans ma réponse.

» M. Fauvel, avant d'entreprendre la défense de son projet, répond aux objections qui ont été soulevées, pour ainsi dire, incidemment dans la Conférence Il établit l'urgence des mesures proposées. Il affirme la transmissibilté du choléra : pour M. Fauvel l'urgence est chose démontrée, la transmissibilité est chose incontestable. Cette première partie du discours de M. Fauvel n'étant pas en rapport direct avec ce qui me préoccupe, je me borne à l'indiquer seulement.

» Après ce préambule, M. Fauvel entame directement la question du projet français :

« Notre projet, dit-il, est simple : quelques mots suffisent pour l'exposer.
» Il consiste *dans l'interruption momentanée des communications maritimes*
» *entre les ports Arabiques et l'Egypte, en cas que le choléra se serait déclaré*
» *parmi les pèlerins réunis à La Mecque.* Le reste n'est qu'un commentaire.
» Les articles de notre projet ne sont que des commentaires soumis à
» modification. Ils y ont été mis pour prouver que la proposition est
» exécutable. »

» Cette dernière phrase de M. Fauvel mérite toute notre attention. Les articles du projet français que nous connaissons tous, ne sont, nous déclare-t-il, que de simples commentaires; prenez-y garde, Messieurs, le mot simple y est de trop, et s'il n'est superflu, il a besoin d'une énorme

dose de simplicité de notre part pour pouvoir passer inaperçu : car ces simples commentaires soumis à modification y sont mis, on a soin de nous le dire tout de suite, pour prouver que la proposition est exécutable. Or, si les commentaires prouvent l'exécutabilité du principe, il s'ensuit que les commentaires une fois supprimés, le principe lui-même cesserait d'être exécutable: tout au moins, son exécutabilité deviendrait sujette à contestation. Donc ces commentaires, ces modalités, comme on se plait à les appeler, si peu importantes, non seulement prédominent en entier le principe du projet, mais elles constituent, à mon avis, les conditions *sine quâ non* de son exécutabilité.

« Nous avons repoussé, poursuit M. Fauvel, tous les autres moyens » qu'on pouvait proposer, et ceci a été fait pour prouver que tout a été » étudié. » En d'autres termes, il déclare que son projet n'a pas été présenté pour être discuté, que ses auteurs ont la décision arrêtée d'avance de repousser tout amendement, toute modification possible, que c'est un Projet à admettre tel quel, à prendre ou à laisser. Dans ces conditons, la discussion est peu profitable, pour ne pas dire tout à fait stérile ; car il est universellement reconnu que l'esprit et le talent oratoire réussissent presque toujours à soutenir les causes les moins soutenables. Si je me suis opposé au vote demandé avec tant de ténacité à la séance d'avant-hier, je ne l'ai pas fait, croyez moi, Messieurs, dans l'espérance de l'empêcher, mais par acquit de conscience et dans l'intérêt de notre assemblée, car la gravité des inconvénients de la complète interdiction des communications maritimes constitue, à mon avis, un écueil contre lequel la Conférence risque de se heurter dès le début de ses travaux.

« J'ai écouté les explications et les détails que M. Fauvel a donnés sur le pèlerinage avec une attention d'autant plus grande que pour des raisons que je me déclare incapable de deviner, l'honorable Délégué de France n'a pas voulu les donner en Commission. Je le regrette infiniment. En Commission on cause plus intimement, on s'explique aisément, on s'éclaire plus facilement les uns les autres. Tandis qu'en séance plénière on est astreint à certaines formes qui ne permettent pas de donner et de recevoir sur-le-champ les explications les plus nécessaires. D'ailleurs, si M. Fauvel avait donné ces détails en Commission, il aurait épargné aux Musulmans la peine de se voir en pleine assemblée surpris en défaut de connaissances sur des choses qu'ils ne devraient point ignorer.

« Les détails en question sont relatifs au pélerinage, au nombre des pèlerins, aux caravanes, aux villes saintes, aux villes maritimes de l'Arabie, aux vivres, à l'eau et enfin aux moyens de transport.

« Le pélerinage se fait, dit M. Fauvel, à l'époque du *Courban-Baïram*. De tous les points du monde musulman, les pèlerins se dirigent à La Mecque par voie de mer et par la caravane.

« Les principales caravanes sont au nombre de deux : 1° celle de Damas, et 2° celle de l'Egypte. Cette dernière nous intéresse principalement. Jusque-là nous sommes parfaitement d'accord.

« Le nombre des pèlerins est difficile à préciser, poursuit M. Fauvel avec raison. Le chiffre diffère suivant les années. Il admet cependant comme moyenne le chiffre de 70,000. Ici la dissidence commence à s'établir.

« Je m'en vais, Messieurs, vous donner quelques chiffres et vous trouverez vous-mêmes la moyenne.

ANNÉES.	PÈLERINS.	ANNÉES.	PÈLERINS.
1807	83,000	1856	120,000
1814	70,000	1857	140,000
1853	50,000	1858	160,000
1854	60,000	»	»
1855	80,000	»	»

M Fauvel ne me contestera point les chiffres ci-dessus : ce sont les chiffres du Ministère du Commerce de France donnés par M. Jules Duval.

« La moyenne prise sur ces huit années serait de 100,000 hommes environ. Il faut d'un autre côté observer que depuis l'année 1854 le chiffre s'est maintenu constamment croissant. D'Ohsson *(Tableau de l'Empire Ottoman, Vol, III. Pages 252 et 5)* dit que « plus de 100 mille Musulmans » s'acheminent chaque année des diverses contrées de l'Europe, Asie, » Afrique vers le *Kabé* de La Mecque et quelquefois leur nombre va » jusqu'à 150 mille. »

» Mais le nombre des pèlerins n'ayant aux yeux de M.Fauvel qu'une valeur secondaire, je passe à d'autres considérations.

» Des choses étranges ont été dites par les Délégués des puissances musulmanes à propos de la ville de Mecque, dit M.Fauvel. Lui, plus instruit sur les êtres de la maison que le propriétaire lui-même, se récrie contre les invraisemblances mises en avant par ces Messieurs et rétablit les faits comme suit :

» Mecque est une grande ville : elle compte de 40 à 50 mille habitants, chose qui indique des conditions favorables à la vie. Le pèlerinage fait vivre Mecque et tout le pays. Le pèlerinage amène une immense quantité de denrées qui se vendent sur place ; car durant les fêtes du pèlerinage, la ville de Mecque se transforme en un grand marché de vivres. Les Arabes spéculateurs affluent de toutes les extrémités de la péninsule pour approvisionner la ville Sainte. La disette, dit M. Fauvel, est chose impossible : tout au plus il peut y avoir chèreté.

» Force m'est de vous avouer, Messieurs, que sur ces différents points, le discours de M. Fauvel ne m'a point converti. Je reste hérétique et impénitent

» La ville de Mecque est beaucoup moins importante et beaucoup moins peuplée qu'on ne vient de nous le dire. Je laisse de côté les informations que j'ai recueillies auprès de plusieurs témoins oculaires. Ce sont des Orientaux, et je ne veux pas m'attirer votre discrédit en les citant.

» A propos de la situation et de la nature du sol de cette ville, je me bornerai à reproduire les deux passages suivants ; le premier de la *Revue Orientale et Américaine* de l'année 1863, le second de M. Jules Duval :

» 1° La ville de La Mecque a peu d'étendue ; elle est située au milieu » d'une plaine couronnée de petites collines et de montagnes gigantes- » ques. Le sol et les rochers, à leur aspect d'un noir cuivré, semblent brû- » lés depuis des siècles par un soleil de toute ardeur. »

» 2° La ville de Mecque est bâtie sur une vallée étroite, dont la direc- » tion s'étend du nord au sud, et entourée de tous côtés par des collines » grises et complètement dénudées. »

» Le climat de la ville Sainte est, comme tous les climats analogues, très-variable ; grande différence de température entre le jour et la nuit. Des vents très forts s'y élèvent subitement, les pluies sont torrentielles. Le sol quand il pleut, est couvert d'une boue visqueuse très abondante où l'on

marche avec la plus grande difficulté, et quand il fait sec, il est couvert d'une poussière blanchâtre et fine qui s'élève, au moindre mouvement de l'homme, en nuages épais et rend la respiration difficile et pénible. Aucune trace de végétation ne se voit sur les collines arides qui entourent cette ville.

» Quant à la population de la Sainte-Cité, toutes mes recherches me portent à croire qu'elle est de beaucoup inférieure au chiffre donné par M. Fauvel.

» Nous savons qu'au commencement de ce siècle Mecque contenait de 16 à 18,000 habitants, suivant le voyageur Aali bey. Burckardt qui l'a visitée depuis, pense que la population peut se monter à 30,000 habitants environ.

» Des géographes modernes tels que Charles Dezobry et Bachelet fixent le nombre à 20,000, mais comme chiffre authentique, il faut, sans contredit, admettre celui que donne M. Jules Duval, membre du bureau de statistique du ministère du commerce en France. Voici ce que dit à ce propos cet auteur qui, en pareille matière, est considéré, et à juste titre, comme une autorité.

» Au mois de Zilhidjé, douzième et dernier mois de l'année musulmane, » il s'y réunit (à La Mecque) 160,000 pèlerins de toute classe et de toute » nation. Les transactions se règlent dans les cinq jours que tout » pèlerin est autorisé à passer dans la ville, après quoi la population de » la ville Sainte retombe à son chiffre normal de 20,000. »

« Enfin ceux qui ont vu Mecque quoique n'ayant pas compté un à un les habitants, paraissent très-étonnés d'entendre dire qu'elle contient de 40 à 50 mille hommes. Il paraîtrait même que depuis Burckardt, le nombre des habitants a diminué sensiblement. La raison, suivant la plupart des voyageurs, est dans la diminution de l'eau potable de cette ville, qui a été la conséquence des évènements de l'année calamiteuse de 1831. Sur ce point nous reviendrons avec plus de détails.

» Il est incontestable que pendant les jours que durent les pratiques du pèlerinage, les vivres de toute espèce abondent à La Mecque. C'est vraiment quelque chose de prodigieux que l'énorme quantité de moutons qui affluent de tous les côtés, que l'exubérance de toute sorte de denrées et de provisions; mais il est aussi incontestable que le lendemain des fêtes tout disparaît comme par enchantement. Ne voulant pas avoir l'air de soutenir

des paradoxes, je m'en vais vous lire un passage de la même *Revue Orientale et Américaine* que j'ai citée plus haut et qui vous donnera la clef de ce labyrinthe.

« On se demandera, sans doute, dit l'auteur, ce que devient la chair » de tant de moutons sacrifiés en un jour. En voici l'explication : Lors- » qu'on arrive, le 10 de Zilhidjé, à Mena, au point du jour, on voit toute la » plaine environnante et les rochers des montagnes jonchés des corps » des nomades nègres, hommes et femmes, qui attendent endormis l'arri- » vée des pèlerins, et auxquels se distribue cette immense quantité de » viande, qui fournit à ces malheureux la subsistance pendant la plus » grande partie de l'année.

» Ces nègres nomades ont un aspect misérable. Les hommes sont » absolument nus, si l'on ne compte point une cordelette qui leur sert de » ceinture, et dont quelques franges couvrent tant bien que mal les par- » ties. Les femmes n'ont pour se couvrir qu'une pauvre chemise ; les uns » et les autres sont munis d'un gros sac en cuir, pour y mettre leurs pro- » visions, et d'une gourde pour y conserver l'eau

» Une fois les moutons distribués aux nègres nomades ; ceux-ci s'em- » pressent de les dépécer à l'aide d'un mauvais couteau, puis en dépo- » sent les morceaux sur les rochers qui sont sans cesse brûlants, et où » ils se dessèchent en peu de minutes, de façon à pouvoir se conserver » pendant longtemps.

» En l'espace d'une heure ou deux, un tableau palpitant se déroule » aux yeux. Pendant que les pèlerins, le couteau en main et récitant des » prières, s'occupent à égorger les moutons du sacrifice, les nègres les » entourent en foule pour en arracher au plus vîte quelques débris. Il » arrive souvent même que le pèlerin n'a pas encore achevé l'opération, » que la moitié du mouton est enlevée par les plus agiles de ces noma- » des. Puis en un instant, ces viandes découpées couvrent les rochers des » montagnes qui deviennnent rouges de la chair des animaux massacrés. »

« Telle étant la disparition de la nourriture animale, que croyez-vous trouver dans une ville de la grandeur de La Mecque, ville assaillie par 100 mille pèlerins et autant de nomades connus par leur rapacité et arrivés tout exprès pour amasser en quelques jours des vivres pour l'année entière. Qu'espérez-vous y trouver pour nourrir plus longtemps les pèlerins que vous voulez condamner à faire quarantaine sur place.

» Voilà pour les vivres : passons à la question de l'eau qui est plus vitale encore.

» L'eau est très-abondante, suivant M. Fauvel, et de plusieurs espèces : des citernes pleines d'eau pluviale ; des puits pleins d'eau saumâtre, mais potable, une eau comme celle des îles des Princes ; d'immenses réservoirs contenant 10, 15 ou 20 pieds d'eau ; un aquéduc conduisant l'eau du mont Arafat et alimentant les nombreuses fontaines de la ville ; une source aux flots limpides dans la maison du Chériff, enfin et quand même tout ceci manquerait, le puits sacré de Zem-Zem qui suffirait à lui seul pour désaltérer des myriades d'hommes.

» Voilà de quoi fertiliser tout le Sahara. Eh bien ! Messieurs, vous n'avez qu'à ouvrir un livre que vous avez tous dans votre bibliothèque, le *Dictionnaire de la Conversation*, à l'article Mecque et vous y trouverez ce qui suit :

« La plupart des puits ne fournissent qu'une eau saumâtre et celle du » fameux puits de Zem-Zem est extrêmement difficile à digérer. La meil- » leure qu'on y boive vient, au moyen d'un aquéduc, d'Arafat situé à envi- » ron 4 miriamètres de là. »

» Vous lirez aussi dans un autre ouvrage très-répandu et très-facile à trouver, l'*Univers Pittoresque*, qui puise à l'ouvrage de Burckardt les lignes suivantes :

« Un autre inconvénient qui n'est pas moins grave, c'est la rareté de « l'eau, dont la qualité est loin de compenser ce désavantage. »

» Mais soyons plus sérieux : l'aquéduc qui alimente les fontaines de la ville a souffert en l'année 1831. Depuis, la rareté de l'eau est devenue très-sensible. A ce propos, je m'en vais citer un passage du rapport du Dr Frias, médecin italien qui a écrit sur le choléra de 1831. On verra que nous ne sommes plus aux heureux temps de la verbeuse héroïne des Mille et une Nuits à laquelle on attribue l'érection de l'aquéduc que Burckardt vit réellement en 1815, mais qui ne fonctionne plus aujourd'hui.

« A tale opinione ed a tale trascuratezza, dit le Dr Frias, si aggiungeva » la fortuita rottura di quel condotto che dopo lungo tragitto, porta ed » introduce l'acqua nella Mecca, seguitando le montagne di *Gibel Kara.* » Farsi una idea dei mali che pe ll'aggiungersi di tale infortunio ebbero » allora a sopportare quei miseri, nessuno sel pensi. I sani, in quel cocen- » tissimo clima, per la scarsezza e quasi mancanza d'acqua, ammalava-

» no ; e gl'infetti, non si tosto eran presi dal male, che ne perivano. La » strage divenne universale ; e non cessarono le morti che con la distru- » zione di buona parte degli stranieri e degli indigeni. »

» Si les nécropoles du projet ottoman n'ont paru à M. Fauvel que bonnes à exciter l'hilarité de la compagnie, le tableau ci-dessus tracé par un homme de science et impartial, servira-t-il à ébranler l'assurance avec laquelle il garantit l'avenir ? Mais selon lui, l'existence de l'aquéduc n'est que chose superflue ; car M Fauvel nous assure que quand toute autre source n'existerait pas à La Mecque, le puits de Zem-Zem suffirait à lui seul aux besoins de la population indigène et des pèlerins. Le puits de Zem-Zem serait la source intarissable à laquelle, suivant les expérien- ces de Burckardt, des milliers d'hommes puiseraient sans la tarir. Bur- ckardt cette fois-ci s'est trompé, où il a mal dirigé ses expériences; car pour peu que l'on ait vécu à Stamboul, on doit avoir vu dans des flacons l'eau de Zem-zem. Les pèlerins n'apportent chez eux que la moitié du flacon d'eau, l'autre moitié contient la poussière fine que l'eau tenait en suspension. Bref, à la fin du pèlerinage, le puits en question ne fournit que de la boue.

» L'eau du puits de Zem-Zem n'est pas ce que M. Fauvel croit, une eau à boire comme toutes les autres. Bien loin de là; cette eau est considérée comme sacrée et comme ayant des propriétés surnaturelles. Le hadji la boit sur place, il est vrai, mais non pour se désaltérer ; il la boit en pe- tite quantité et à des moments donnés, et il en remplit des flacons pour la route et pour donner à ses parents et amis. Et encore que de luttes ne s'engagent pas autour du puits, que de conflits qui réclament l'interven- dution du Chérif même, ne se produisent pas tous les jours!

» D'Ohsson (vol. III page 100) fait foi de ce que nous venons de dire: il reproduit même la prière qu'on doit réciter en buvant cette eau bénite. Je m'en vais vous citer deux passages de cet auteur qui vous prouveront que je vous ai dit la vérité ; et ce qui est plus important encore, c'est que d'Ohsson est minutieusement informé sur la matière.

Ouvrage cité. Vol. III, page 231.

« Le puits de Zem-Zem est situé au-dessous de la station *Macami Chafi*- » Pendant les troubles qui suivirent l'idolâtrie à La Mecque, il fut comblé » par les Bénodjérems qui y jetèrent tout ce qu'ils avaient de plus pré- » cieux Le puits resta dans l'oubli plus de 15 siècles. Abdoul-Mahalib, le » grand père du prophète, le découvrit. »

Et page 232-3 :

« Ils n'en boivent qu'à la suite de leur marche autour du sanctuaire » et après la prière prescrite à la station de *Macam Ibrahim*. On porte l'eau » à la bouche avec une dévotion extrême et en récitant des prières. Plu- » sieurs s'en versent sur la tête et sur le corps en signe de purification. »

» Par ces citations, j'espère vous avoir convaincus de deux choses, Messieurs, 1° Que le puits de Zem-Zem destiné à remplacer toute autre source d'eau potable dans la théorie de M Fauvel, n'est pas une des sources habituelles de la Sainte-Cité ; car pendant 15 siècles elle est restée comblée, et la ville n'en a pas ressenti les conséquences. 2° La source intarissable de Zem-Zem n'est pas destinée aux besoins ordinaires de la vie. Elle donne une eau miraculeuse qu'on n'emploie que dans certaines circonstances, et dans une mesure fort limitée. La raison en est évidente. Sans ces précautions, le puits intarissable de Burckardt resterait à sec les neuf mois de l'année.

» Je termine l'article Zem-Zem en vous assurant, Messieurs, que la qualité de son eau est détestable. Les pèlerins, chemin faisant, versent tous les jours quelques gouttes de leur fiole dans l'eau qu'ils boivent, pour se conserver la santé ! Je l'ai goutée cette eau dans les maisons musulmanes, et M. Fauvel qui exerce depuis plusieurs années dans cette capitale, doit l'avoir fait aussi.

» Vient à présent la question des caravanes. Celle-ci est plus facile à résoudre. Sans reproduire ce que M. Fauvel a dit à ce propos, je vous expose les faits tels que je les connais moi : Vous établirez vous-mêmes la différence.

» Je vous citerai d'abord le même auteur que plus haut, M. Jules Duval : il donne en peu de lignes une idée exacte des caravanes et de leur composition.

« Les caravanes, dit cet auteur, qu'inspirent le pèlerinage religieux de » l'Islam, sont au nombre de deux, celle du Caire et celle de Damas. Celle » du Caire se recrute d'une partie des pèlerins de Constantinople et des » îles de la Méditerranée et de tous les pèlerins de l'Afrique. Les uns venus » par mer, se sont embarqués dans les divers ports du Maroc, de l'Algérie, » de Tunis, de Tripoli, et ont débarqué à Alexandrie ; les autres, suivant le » littoral par terre, ont formé un courant dont le point de départ est à » Fez ou à Maroc et qui se grossit de mille affluents en traversant le res-

» te des états Berbers, et descendant jusque dans les oasis du Sud. Au » Caire débouchent encore les caravanes religieuses des pays musulmans » de l'Afrique Centrale, depuis le Sénégal jusqu'à l'Abyssinie, après s'être » organisées définitivement dans le Darfour, le Cordofan et le Sennaar. » Que croyez-vous, Messieurs, que font toutes ces multitudes hétérogènes une fois arrivées au Caire ?

» Avant l'introduction de la vapeur dans la mer Rouge, elles se rendaient par le désert, en caravane, à La Mecque, et je vous donnerai tout à l'heure les détails les plus minutieux sur ce voyage. Aujourd'hui, le même auteur nous l'affirme Je cite :

» Du Caire, la grande caravane, dépassant quelquefois le chiffre de » 50,000 pèlerins, avec un plus grand nombre de chameaux (en Egypte » même il y a plus de chameaux que d'hommes dans une caravane), se » dirige par Kosseïr ou Suez sur Djeddah et La Mecque. » Il est évident que les chameaux restent à Kosséïr et à Suez, parce qu'il est impossible d'embarquer 70 à 80 mille chameaux. Les 50,000 pèlerins, pour retrouver leurs chameaux, doivent revenir à Kosséir ou à Suez par voie de mer, cela est évident, Messieurs. Tout le monde sait que la caravane qui, jusqu'à l'année 1844-45, allait encore du Caire à la Mecque, et vice-versa, par le désert, n'existe plus ou à peu près. Si nous voulons éloigner nos pèlerins de Mecque, où je vous prouverai plus tard qu'ils ne peuvent pas rester, il faut la reconstituer. Voyons si cela est chose possible. Nous saurons nous en convaincre aisément en nous instruisant minutieusement sur la composition, la marche, les étapes de cette même caravane quand elle existait. Je vous citerai un témoin oculaire, en puisant encore dans la *Revue Orientale et Américaine*. Il s'agit de la caravane de l'année 1841, je cite : « Comme à » cette époque il n'y avait pas encore de bateaux à vapeur réguliers dans » la mer Rouge, j'ai pris la caravane qui part du Caire pour L^a^ Mecque...

« Cette dernière était composée de plusieurs compagnies d'associés réu- » nies pour toute la durée du voyage. Chaque compagnie compte plusieurs » chameaux, des litières et des paniers, à la disposition des voyageurs. » Les compagnies marchent à la suite l'une de l'autre, suivant le numéro » qui leur est assigné dans l'ordre de la marche, sur quatre files. A la » tête de chaque file se trouvent d'abord les litières ; après les litières » viennent les paniers doubles ; les autres bagages sont portés par des

» chameaux attachés les uns aux autres par les brides, de manière à » former une ligne continue . . . . . .

. . . . . .

» Notre caravane traversa l'isthme de Suez par le centre et gagna, au » cœur de l'Arabie Pétrée, le désert du Hedjaz qui n'est guère fréquenté » qu'à l'époque du pèlerinage. Sur toute la route il n'y a pas trace de ville » ou de village, excepté sur un seul point près de Sanâa : Ce point est appelé » *Aïnoul Khazra* (la source verte). Là se trouvent quelques habitations, un » peu d'ombre et une source d'eau. Dans les autres stations également » éloignées de trois jours de marche, il n'y a que de grands puits appelés » *Boukeh*, destinés à conserver les eaux de pluie, et une sorte de marché » improvisé par les tribus nomades qui y apportent des vivres uniquement » pour l'approvisionnement des caravanes. On voit dans ces marchés des » hommes presque nus, ne disposant que de pauvres haillons. Ils marchent » pieds-nus, les femmes presque la même chose ; Elles chargent sur leur » tête leurs marchandises, leurs bagages, leurs enfants, et ainsi accoutrées » elles traversent chaque jour, sous un soleil de feu, sur les sables du » désert, des espaces de plusieurs heures. Les hommes sont courageux et » armés de vieux sabres et de fusils de toute provenance. Les provisions » apportées par ces nomades, consistent en fourrages, c'est-à-dire en » paille et en fèves pour la nourriture des chameaux, et en orge pour les » chevaux et les mulets Ils apportent aussi du lait, du beurre, du caillé » et parfois des moutons. Pour ce qui est du pain ou biscuits, on a dû » s'en approvisionner au Caire, où se trouvent des magasins spécialement » destinés à fournir cette marchandise aux pèlerins. » Notez bien, Messieurs, que chaque voyageur doit prendre du biscuit pour 45 jours au moins au Caire : il devrait le porter sur ses épaules s'il voyageait à pied ; mais poursuivons. Je cite encore :

« Chaque voyageur est obligé de prendre, sur un chameau, chargé d'ou- » tres, des provisions, de l'eau pour trois jours, c'est à-dire pour le temps » à passer avant de gagner une nouvelle station. Cette eau n'est pas pré- » cisément limpide. Après avoir séjourné des mois entiers dans des pui- » sards, elle devient épaisse et mélangée de petits insectes rouges qui y » pullulent..... La foule des gens, altérés, non de richesses, mais d'eau » claire, est si considérable près de ces puits, qui n'ont d'ailleurs que peu » de mètres de circonférence, qu'il faut souvent passer deux ou trois heu-

» res avant de pouvoir remplir les outres nécessaires au voyage. »

J'aurais pu, mes honorables collègues, vous donner des détails très-minutieux et très-intéressants sur la marche de l'ancienne caravane et, en général, sur toutes les particularités de son voyage dans le désert ; mais vos séances sont tellement rapprochées que le temps matériel nous fait défaut. De ce que je viens de citer il résulte d'abord qu'il n'y a pas de pèlerins qui fassent le voyage à pied, et que je n'ai pas exagéré en vous disant que chaque personne a besoin de deux chameaux au moins pour faire le voyage ; les piétons qui ont été vus parfois à la suite de la caravane, ne sont que des nomades du désert qui se rendent seulement d'une station à une autre soit comme éclaireurs, soit pour remplir d'autres fonctions et toujours au service des pèlerins. Mais, comme de raison, ils s'arrêtent à la station prochaine pour être remplacés par les nouveaux arrivants.

Il résulte en second lieu que le voyage par caravane étant tombé depuis une quinzaine d'années en complète désuétude, les stations ont disparu, les puits sont pour la plupart comblés ou réduits à des flaques d'eau impotable, les nomades ont cessé de se rendre, à point nommé, aux différentes stations et d'apporter la quantité de vivres voulue pour approvisionner la caravane. Les chameaux, entendons-nous, les chameaux qui faisaient le voyage de La Mecque au Caire, n'y viennent plus. En Arabie vous ne trouvez aujourd'hui que le chameau du pays qui ne peut faire que tout au plus le voyage de Mecque à Médine. Ainsi le résidu de caravane qui s'aventure encore quelquefois dans le désert, accomplit le voyage au milieu des plus grands dangers et des plus rudes privations. L'année passée, sur une caravane de 2000 hommes environ, cent et tant de personnes sont mortes de soif. Même en 1831, la caravane qui traversait le désert pour arriver à l'isthme de Suez, comptait quelques victimes de la soif. La citation suivante extraite du rapport des docteurs Clot bey et Del Signore en fait foi :

« Deux heures après l'entrée de la caravane en quarantaine, il est arri-
» vé trois individus lesquels nous ont annoncé qu'un de leurs camarades
» venait de mourir sur la route à peu de distance, et qu'ils attribuaient la
» cause de sa mort à la soif, étant privés d'eau depuis trois jours. On a fait
» escorter les trois individus sur le lieu où était le mort, et on les a
» obligés à l'enterrer. Après quoi on les a placés dans une petite quaran-
» taine isolée de la grande.

» Nous avons été également informés qu'il se trouvait un autre cadavre » dans le désert : il a été envoyé des sapeurs avec un officier pour le » faire ensevelir avec les précautions requises. On nous a dit qu'il était » aussi mort de la soif. »

» Il est matériellement impossible qu'on puisse reconstituer aujourd'hui une caravane de 20 à 30 mille hommes, caravane qui doit traverser le désert pour se rendre à Suez. Les moyens de transport, les stations, et par conséquent l'eau et les vivres manqueront complètement à cette multitude que nous envoyons errer comme Agar dans le désert. Chacun est libre de croire ce qu'il veut, pour ma part je suis persuadé qu'en basant nos mesures d'urgence sur la possibilité d'une grande caravane, nous commettons une erreur. Erreur fondamentale dont les conséquences peuvent être incalculables pour l'Asie, erreur qui peut nous attirer le blâme de l'Europe entière.

» Mais toute mesure sanitaire étant une mesure restrictive, ne peut que gêner la liberté individuelle, me répond M. Fauvel, si la caravane est impossible, les pèlerins feront quarantaine sur place, ils attendront sur les lieux la fin de l'épidémie et de l'interdit. C'est encore une possibilité que je nie, une possibilité dont je m'en vais vous prouver le néant.

» La ville de Mecque est, commenous venons de le voir, une petite ville; son plus grand diamètre n'a guère plus de 1500 mètres. Le pays qui l'entoure est complétement aride et denudé. Les maisons de Mecque sont petites, étroites et hautes, disposées de façon à être louées aux plus opulents pèlerins. Le gros de la foule ne peut pas y avoir accés. Cette multitude se trouve par conséquent dans un campement, exposée aux rigueurs atmosphériques et aux émanations putrides du sang et des intérieurs résultants des sacrifices accomplis. Ils doivent manquer de vivres et d'eau. Mais toutes ces conditions désavantageuses n'existeraient pas, que le séjour aux Lieux Saints serait impossible aux pèlerins après les fêtes du sacrifice. Il y a à ce sujet interdiction religieuse sévère.

» L'histoire nous apprend que les pèlerins ne sont pas les hommes les plus faciles à gouverner. Pendant tout le temps que les pratiques durent, on parvient à maintenir uncertain ordre au milieu d'eux, mais une fois le devoir religieux rempli, la discipline se relâche tellement que le Khalif Omarpour en prévenir les funestes conséqu ences a cru devoir les éloigner de la Sainte Cité par un décret inexorable. Tout musulman connaît et respecte la décision d'Omar. Les européens même connaissent cette particularité du

pèlerinage. D'Ohsson en parle longuement. Il y a cependant quelques rares pèlerins qui restent plus longtemps à La Mecque, ce sont les personnes de distinction, et celles qui restent pour y attendre la mort, *y laisser*, comme ils disent, *leur effigie*.

» Vous voyez, Messieurs, qu'en voulant faire des Lieux Saints de l'islamisme un campement quarantenaire, nous proposons une mesure subversive de l'ordre religieux, une mesure qui nous pose en profanateurs aux yeux du monde Mahométan, mesure contre laquelle doivent nécessairement se révolter non-seulement les pèlerins et les Arabes, mais tout musulman. Prenons garde, Messieurs, par la simple énonciation d'une idée pareille, nous courons risque de soulever l'Europe, l'Asie et l'Afrique musulmanes

« Si nous vous avons priés de sauver certaines apparences afin d'éviter les graves complications que vous êtes loin de soupçonner et que nous prévoyons, ce n'était pas à propos de rien, vous le voyez clairement, moins encore pour faire parade de notre mauvaise logique asiatique, mais pour accomplir un devoir sacré envers vous et envers nos mandataires. Ce devoir nous l'accomplissons aujourd'hui plein et entier; libre à vous de nous écouter ou d'accueillir nos considérations avec sarcasme

» Les renseignements que nous venons de vous donner sont positifs : en dehors des nombreux témoins oculaires avec lesquels nous avons causé, nous vous avons cité, à côté des ouvrages les plus répandus, des autorités incontestables, telles que D'Ohsson et Jules Duval.

» M. Fauvel nous a cité aussi et a plusieurs reprises Burckardt ; mais les renseignements que l'on puise dans le livre du célèbre voyageur suisse sont d'une vétusté qui leur enléve tout intérêt. Jean Louis Burckardt traversa en 1814 le désert de Nubie, gagna les bords de la mer-Rouge, et se rendit ensuite à La Mecque. Il s'associa au grand pèlerinage musulman. En 1815, il retourna au Caire et il se préparait pour le voyage au Fezzan lorsque la mort l'enleva en 1817.

»Or depuis 1815 tout est complètement changé: la vapeur introduite dans la mer Rouge, a changé du tout au tout l'ordre du pèlerinage. Il arriverait aujourd'hui à Burckardt en Arabie ce qui arriverait à nos honorables collègues de l'Espagne s'il cherchaient, en se rendant de Madrid à Paris, les anciens relais de postes. Burckardt, disons-nous, chercherait en vain dans le désert les stations de son ancienne caravane.

» Il me reste à présent à vous entretenir un instant du récit de Burckardt à propos de Méhémed-Ali. Je doute fort qu'un homme de la profondeur politique du conquérant de l'Egypte, ait pu sévir si cruellement contre les pèlerins et je crains qu'il n'y ait dans cette narration un peu de la bonne et excellente eau de l'intarissable puits de Zem-Zem. Quoiqu'il en soit, la paix n'est pas la guerre et Mehémed-Ali pouvait avoir ses raisons politiques d'en agir ainsi. Il voulait probablement faire naître une révolte dans le Hédjaz tandis que nous n'en voulons point, ou, ce qui est plus probable encore, il ne craignait pas une pareille alternative, ayant sur les lieux une nombreuse armée. En tout cas ce précédent n'est pas à consulter. Nous autres ministres de la déesse Hygée, nous ne pouvons rien avoir de commun avec Mars et ses sanguinaires adeptes les conquérants.

» Je croyais avoir épuisé les différents sujets de contestation offerts par le discours de M. Fauvel, mais il m'en reste un qui n'est pas moins important: il se rattache à la question du séjour des pèlerins sur les lieux. C'est celui de la saison dans laquelle le pèlerinage aura lieu cette année. Cette saison paraît à l'honorable Délégué de France très-propice pour le séjour. « Temps des pluies et des pâturages, » dit-il, et il ajoute immédiatement après, si les pèlerins couraient un risque quelconque, ce serait celui d'une inondation et non point de la sécheresse.» — Les pluies sont réellement torrentielles au mois d'avril à La Mecque. Quant aux pâturages, je ne saurais dire où ils peuvent pousser. Car à entendre M. Fauvel, on se croirait transporté aux plaines Andalouses; mais les endroits sont connus, tout y est aride et stérile jusqu'à une grande distance aux environs de La Mecque. A propos de la saison, je m'en vais vous citer des autorités incontestables, et d'abord le rapport du Schéik Halil qui se trouvait à l'Hédjaz, à l'époque de l'épidémie.

« On y lit ce qui suit:

« Au commencement du mois suivant (Zilhidjé, qui coïncide avec le
» mois d'avril), le choléra reprit une telle intensité que les pèlerins refusè-
» rent d'abord d'aller au mont Arafat. Ils s'y rendirent cependant le 9 de ce
» mois: ce jour-là, vers l'Aar, il souffla pendant deux heures un vent du Sud si
» violent qu'il renversait les tentes et les individus faibles. Il fut suivi d'une
» pluie légère dans les endroits bas où étaient les hadjis, mais très-forte sur
» les hauteurs de la montagne. Plusieurs pèlerins moururent ce jour-là.

» Dans le rapport de Suleïman Effendi, médecin en chef des troupes sta-

tionnées au Héjjaz, daté du 12 Zilhidjé 1246 (22 mai 1831), nous lisons ce qui suit:

« Le 7, 8, et 9, les pèlerins, les paysans et le neuvième régiment se ren- » dirent au mont Arafat et y séjournèrent; le 9, une abondante pluie » survint et une très grande mortalité se manifesta pendant et après la » pluie. »

» Dans un autre rapport du même Suleïman Efendi, daté du 12 mai 1831, il est dit:

« On l'attribue (la mortalité) à la grande affluence du monde, au *man-* » *que d'eau, aux grandes pluies qui ont régné*, aux excessives chaleurs qui » se sont élevées à 30° et 31° Réaumur, au vent du Sud-Est, etc.

» On remarque dans cette dernière citation cette coïncidence réelle des grandes pluies et du manque d'eau. Ce fait incontestable a sa raison d'être et se produit non seulement à La Mecque, mais dans tous les pays où l'on puise l'eau dans des citernes et des puits.

» Vous voyez, Messieurs, que les pluies torrentielles du printemps ne changent en rien la position des pèlerins pour ce qui concerne l'eau potable. Vous voyez en même temps que la saison qu'on nous représente comme favorable, n'est rien moins que propice au campement dans les Lieux-Saints.

» Il vous a été prouvé par ce qui précède que non seulement le départ des pèlerins par la caravane est impossible, mais aussi que leur séjour prolongé sur les lieux est matériellement impossible aussi. Cela étant, j'aborde la question du projet français.

» Le projet en question en dehors des inconvénients qu'il présente, est, à mon avis, insuffisant pour garantir l'Egypte de l'invasion du fléau indien. Le projet français laisse la voie de terre ouverte à l'épidémie. Ses auteurs nous disent que l'importation du choléra par les pèlerins revenant par terre est peu à craindre, et que depuis dix-huit ans, aucun fait n'est venu démentir cette innocuité. Nous regrettons, Messieurs, le ton d'assurance avec lequel le projet de M^rs^ les Délégués de France affirme l'innocuité de la caravane, d'autant plus qu'ils nous conseillent d'en faire le seul moyen de retour et par conséquent de reconstituer la caravane qui a importé en 1831 le choléra en Egypte.

» Si je ne craignais pas, Messieurs, de vous fatiguer par des citations, j'aurais reproduit ici un passage du D^r^ Frias qui établit l'introduction du

choléra en Egypte par la caravane. Il raconte minutieusement les faits, et indique les différentes localités de la terre des Pharaons où les pèlerins repoussés du Caire et d'Alexandrie par les soins de Méhémet Ali, se réfugièrent et portèrent avec eux le triste don du fléau en question.

» Il y a à ce propos un passage très-explicite dans le rapport précité du Chéik Halil :

» Arrivés (les pèlerins de la caravane) à Elauge,ils rencontrèrent des » marchands de cette ville qui allaient au devant d'eux pour leur ven- » dre des provisions et qui s'étant mêlés parmi eux, furent atteint du » choléra, sans que ceux-ci eussent à en souffrir. Les pèlerins arrivè- » rent enfin à Birket-el-Hadj, où ils firent une quarantaine de huit jours » pendant laquelle il ne mourût personne parmi eux ; mais plusieurs des » marchands du Caire qui étaient allés à leur rencontre succombèrent at » teints du choléra qui éclata au Caire quand la caravane y entra. »

» Tout à l'heure, Messieurs, quand je donnais lecture du passage du rapport de Clot bey, où il est question de gens morts de soif, plusieurs de nos honorables collègues ont dit que ce pouvait bien être le choléra et non la soif qui avait causé la mort. Eh bien!Je ne veux point les contredire, parce que mon impression a été la même. Il est vrai que Clot bey dans tout son ouvrage nie l'inlroduction du choléra en Egypte par la caravane ; mais nous savons tous que Clot bey est un épidémiste renforcé et qu'il avait pris en quelque sorte à tâche d'éviter tout recours aux origines de contagion pour expliquer la présence du choléra en Egypte. Du reste combien de fois n'avons-nous pas vu les hommes les plus célèbres et les plus méritoires, les chefs d'école les plus renommés,épouser une doctrine erronée et transiger avec la plus grande évidence des faits pour soutenir leur manière de voir et porter en avant leur doctrine envers et contre tous.Cela disant, je n'ai nullement l'intention d'atténuer le mérite des services que le Docteur Clot bey a rendus à l'humanité et à la science.

» J'ai voulu seulement faire une réserve à propos de ce qu'il affirme sur l'introduction du choléra en Egypte.

» Quoiqu'on en dise, le choléra a traversé l'Asie de part en part, il a dépassé la grande muraille chinoise pour pénétrer dans la Russie asiatique, il a traversé le désert qui sépare Mascate de La Mecque. Il n'y a donc point de raison plausiblequi nous fasse admettre l'immunité de la caravane L'expérience de 18 ans,dont parle M.Fauvel prouverait tout au plus l'inno-

cuité de ce simulacre de caravane qui arrive à Suez depuis l'introduction de la vapeur dans la mer Rouge. Pour en finir avec cette question, je vous citerai les paroles mémorables de Rhémann, médecin en chef de l'Empereur de Russie, qui a beaucoup étudié cette question et qui s'exprime dans les termes suivants :

» Le choléra menace d'outrepasser les cimes glaciales du Caucase et il » ne faut pas espérer que cette colossale barrière puisse l'empêcher dans sa » marche.

» Ce fléau a parcouru l'asie dans toute sa largeur, sans être arrêté du » climat, des saisons, des vents, de la nature différ ente des terains, des ma- » remmes, des forêts, des *déserts sablonneux*, des chaînes de montagnes, etc. »

» Notre honorable c ollègue de la Grèce a demandé que l'on prenne des mesures à l'isthme de Suez contre la caravane.

» Je suis heureux de voir que M. Kalergi partage mon opinion. En effet, j'avais attiré l'attention de la commission *ad hoc* sur ce point en lui exposant plus long uement ce que je viens de soumettre à votre apprécia- tion, et j'avais proposé un ensemble de mesures à établir au préalable à l'endroit où la caravane s'arrê te en sortant du désert ; mais M. Fauvel a objecté qu'en pareille circonstance, tout en ne s'opposant pas aux mesures proposées, il en considérait l'efficacité comme nulle ou à peu près. En pareille circonstance, disait-il, nous agirions comme nous agiss ons avec les malades désespérés auxquels nous prescrivons, par acquit de conscience, tel ou tel autre moyen thérapeutique. Du reste l'honorable Délégué de France élude toute sorte de responsabilité morale, parce que les limites du possible lui sont, déclare-t-il, inconnues et qu'il ne veut pas aller jusqu'à contester une certaine possibilité de l'invasion du choléra par terre. Or, résoudre comme il précède cette question, c'est décliner d'y répondre. Pour ma part, je veux être plus catégorique. Il est toujours à craindre que le choléra puisse arriver à l'isthme par la caravane. Il est évident qu'il faut se prémunir contre une pareille éventualité ; les moyens que j'ai proposés à la commission me semblent efficaces ; mais s'il y avait possibilité de former une caravane telle qu'on la désire et telle que l'exigerait l'interdiction des communications maritimes, une caravane de vingt à vingt-cinq mille hommes, j'avoue que le cas serait désespéré, et que comme M. Fauvel l'a très bien dit, nous ne saurions agir qu'en acquit de conscience

» Les autres inconvénients du projet français sautent aux yeux.

» A quoi est elle réduite cette multitude de pèlerins dont le nombre peut être beaucoup plus grand qu'on ne le suppose, mais que je limiterai à 18 à 20,000 hommes pour tomber d'accord avec M. Fauvel. A quoi donc, demandons-nous, sont-ils réduits ces 20,000 hommes qui ne peuvent pas partir par la caravane et auxquels le séjour de La Mecque est impossible? Il me semble que le seul chemin qui leur reste ouvert est celui de Djedda. Ils y viendraient, ne pouvant aller ailleurs, pour y chercher de quoi subsister. Le moindre inconvénient de l'arrivée des pèlerins à Djedda serait celui de livrer la colonie européenne de cette dernière ville à toutes les horreurs de l'épidémie : car il est entendu que les européens attendraient sur les lieux la fin de l'interdit. Il serait oiseux de vous dire que la bénignité avec laquelle le choléra a traité l'année passée le colonie Européenne de Djedda , ne constitue point une garantie pour l'année prochaine

» Un autre inconvénient beaucoup plus grand serait celui qui menace Djedda et tout le Hédjaz si une dizaine de mille pèlerins seulement s'installaient à Djedda. Il serait en pareille circonstance impossible de ravitailler le pays par mer, car les pèlerins affamés chercheraient à s'embarquer par force et prendraient d'assaut tout bâtiment qui approcherait de la rade de Djedda. Si l'on cherchait à s'y opposer par la force, on donnerait effectivement lieu aux collisions sanglantes que le projet français a la prétention d'éviter. Mais la rade de Djedda est très vaste, nous dit-on, et il est facile de trouver un endroit où l'on puisse de nuit et à l'insu des pèlerins, débarquer les vivres. C'est peut-être possible d'endormir pour une ou deux fois la foule qui nous préoccupe, mais il me semble peu probable que l'on puisse furtivement et à l'insu des pèlerins ravitailler le Hédjaz pendant deux mois par le port de Djedda.

» Un troisième inconvénient serait celui des désordres auxquels cette multitude dévote, exaspérée et affamée, pourrait se livrer dans la ville de Djedda, que M. Fauvel lui-même nous a représentée comme un centre important de richesses et de commerce. Il me semble que je n'exagère point en vous représentant un pareil danger comme fort à craindre. On se trompe en considérant les pèlerins comme des hommes paisibles, obéissants et d'une sobriété proverbiale. On se fait une singulière illusion si l'on croit, comme on nous l'a dit, que quelques dattes, un peu de farine, un peu de riz, contenteraient les pèlerins. Nous disons que ces repas

d'anachorètes de la Thébaïde ne peuvent avoir l'action calmante qu'on leur suppose, et que la ville de Djedda serait sous l'imminence des calamités les plus extrêmes pendant tout le temps que 10,000 hommes misérables et tous armés y séjourneraient.

» Tels sont les principaux inconvénients du projet de Mrs les Delégués de France.Voyons à présent jusqu'à quel point les amendements proposés atténuent ou font disparaître ces inconvénients.

» Le premier amendement est celui des Délégués de la Sublime-Porte Ottomane, qui, comme nous savons tous, consiste dans l'écoulement partiel et méthodique des pèlerins à Djedda, et dans l'établissement de quatre lazarets destinés à les recevoir

» Vous avez entendu, Messieurs, la critique violente dont cet amendement a été l'objet. On vous a fait un tableau sombre, s'il en fut, de la position des pèlerins dans les lazarets et on vous a représenté ces institutions quarantenaires comme les moyens les plus aptes à propager la maladie. Qu'il nous soit permis de vous dire que ces craintes nous semblent exagérées. Pour ma part, n'ayant point de quoi mettre en doute les intentions du Gouvernement Impérial Ottoman et son sincère désir de se prémunir et de prémunir l'Europe contre une nouvelle invasion du choléra, je suis persuadé qu'il veillera avec le plus grand soin à l'exécution d'un projet élaboré par ses propres Délégués ; et je vous avoue que je me serais rallié à l'idée des mesures proposées par M. Bartoletti, si elles n'avaient pas le grand inconvénient de laisser à Djedda de 10 à 12 mille hommes pour un temps indéfini. Quant aux lazarets, il est évident qu'ils seraient établis à une distance considérable de toute habitation, et que les barrières indiquées en pareille circonstance seraient de tous côtés élevées pour empêcher toute contravention.

» Vient en second lieu l'amendement, ou, puisqu'on le veut, le contre-projet Persan. Cet amendement, vous l'avez tous sous les yeux, il est par conséquent inutile que je vous en donne lecture ; je me bornerai à l'examen des objections qui nous ont été faites.

» On a trouvé que ce projet s'attachait trop à sauver les apparences et négligeait tout à fait le fond par cetteconstante préoccupation qui tend à embellir la superficie,au détrimentde la base. Nous avons donné un spécimen de la logique persanne, nous ne le regrettons pas, nous avons été payés au centuple, en échange nous avons eu le plus bel échantillon de

l'ironie française. Nous vous avons expliqué plus haut sous quel titre et dans quel but nous voulions sauver les apparences. Quant au fond, nous sommes encore à temps de prouver que nous avons toujours pris à tâche de le modifier le moins possible ; mais passons à la seconde objection qui nous a paru avoir produit un effet plus grand sur les esprits de ceux qui ignorent la manière dont s'accomplit le pèlerinage. Elle consiste, cette objection, en certains détails géographiques, qui tout en étant exacts, ne modifient en rien l'exécution de notre amendement.

» M. Fauvel s'est donné une fatigue inutile pour décrire la Cordilière qui sépare les deux villes saintes. Tout le monde sait que cette chaîne de montagnes existe et qu'effectivement l'une des villes en question est située sur le versant oriental, et l'autre sur le versant occidental. L'existence de cette montagne ne change cependant. en quoi que se soit, la route des pèlerins. Après Mecque, tout pélerin doit voir Médine. La caravane qui fonctionne de l'une à l'autre fait toujours le même et invariable voyage. Arrivée à Bader, elle prend la direction de Médine et pas un seul pèlerin ne s'avise de s'en détacher pour se rendre de Bader à Yambo. Vouloir nous contester la marche régulière de la caravane, c'est chercher à nier les faits les moins contestables, les plus généralement connus. Pour notre part, nous sommes tombés des nues, qnand nous avons entendu M. Fauvel nous reprocher notre ignorance géographique, et soutenir que les pèlerins plutôt que d'aller à Médine, s'empresseraient d'arriver à Yambo pour s'embarquer. Notre étonnement a été d'autant plus grand que M. Fauvel étudie cette question depuis quatre mois et qu'il ne lui est pas permis d'ignorer jusqu'à ce point-là la route normale et invariable de la caravane.

» Il est tellement vrai que les pèlerins doivent, après Mecque, visiter Médine, que ceux d'entre eux qui ne peuvent pas y aller par terre viennent s'embarquer à Djeddah sur des *Djirims* et se rendent à Yambo en cabotant, d'où ils vont à Médine par terre.

» Pour la plus grande tranquillité de la conscience de M. Fauvel, je lui citerai à ce propos un passage de la *Revue Orientale et Américaine*. Il s'agit toujours de l'année 1841. Je cite :

« Une fois cette cérémonie terminée, les chefs des caravanes indiquent » le jour du départ, et les pèlerins nomades se disséminent dans leurs » directions respectives. La marche de la cararvane est la même pour le

» retour que pour l'aller ; *mais la caravane du Caire doit se rendre de Djou-*
» *deïdah à Médine où elle s'arrête huit à dix jours.* »

» Telles sont les objections nettement formulées contre le projet persan. Tout le reste ne forme que des assertions aussi dogmatiques que vagues.

» M. Fauvel affirme que ce projet n'est qu'un composé des inconvénients des deux autres. Il n'indique pas les inconvénients dont il entend parler, il n'explique pas les raisons qui appuient sa conclusion, il affirme seulement et passe outre. Libre à M. Fauvel d'apprécier ou pour mieux dire de déprécier à son aise le projet en question. A moi il incombe de vous en indiquer une dernière fois les avantages. Ce sont les suivants :

» 1° Celui d'éloigner, sans les exposer à aucun inconvénient sérieux, une vingtaine de mille hommes, que l'on séquestre à La Mecque, d'éloigner, dis-je, des milieux arides et stériles une multitude considérable et de la transporter à Médine où elle peut attendre la fin de l'épidémie sans risque de famine ni de disette.

» 2° Celui d'éloigner de Djedda les dangers que nous vous avons longuement expliqués, de laisser ainsi ce port libre, et de ne pas entraver le ravitaillement du Hédjaz.

» 3° Celui de diminuer en grande partie le nombre des pèlerins qui devrait être transporté par mer du Hédjaz à Tor et Calaat-Mouar.

» 4° Enfin, celui de gagner un mois de temps, en dehors des deux mois qui nous restent d'ici au fêtes du sacrifice, et de mettre ainsi le Gouvernement local plus à même de préparer à Calaat-Mouar et à Tor les campements et lazarets qu'exigerait la circonstance éventuelle.

» Ces campements organisés sur des points du littoral intermédiaires entre le Hédjaz et l'Egypte et soumis à un système de surveillance bien entendu, offriraient toutes les garanties voulues. Quant aux pèlerins relativement peu nombreux qui devraient y purger leur quarantaine, ils s'y trouveraient dans des conditions infiniment meilleures que celles qu'on leur crée en les condamnant à attendre la fin de l'épidémie à La Mecque.

» Toutes choses égales d'ailleurs, le principe fondamental du projet français ne serait pas lésé, car les pèlerins ne seraient pas transportés de la côte arabique à la côte égyptienne, mais comme nous venons de le dire, sur un point intermédiaire.

» Le principe du projet français reste intact.

» L'exécution de notre projet d'amendement n'offre pas de difficultés insurmontables.

» Le voyage de la Mecque à Médine est facile. Avec des sacrifices peu considérables les autorités locales peuvent renforcer la caravane qui part tous es ans pour Médine et y adjoindre ceux qui, faute de moyens, ne peuvent pas la suivre.

» Le séjour à Médine est aussi chose possible. On peut y établir des campements et garder les pèlerins, au moins une quinzaine de jours. L'eau, les pâturages, les vivres s'y trouvent en abondance, permettez-nous de vous en convaincre par une dernière citation :

» La ville de Médine, entourée d'un mur d'enceinte avec des tourelles » bâties de terre et des fossés, est plus étendue que celle de La Mecque et » d'une construction analogue à cette dernière, si ce n'est qu'autour de la » ville on y remarque beaucoup de jardins, des groupes de palmiers et les » arbres à fruits des régions tropicales. » (*Revue Orientale et Américaine.*)

» Si les autorités s'y prennent adroitement à Médine, elles peuvent sans la moindre difficulté garder la caravane pendant tout le temps que les médecins jugeraient nécessaire. Les campements s'établissent hors de la ville La présence des pèlerins gêne fort peu les habitants. En 1841 la caravane du Caire et celle de Damas sont restées 8-10 jours campées devant Médine, elles étaient nombreuses l'une et l'autre et cependant aucun conflit, aucun inconvénient n'a eu lieu.

» Nous avons dit dès le commencement et M. Fauvel est d'accord avec nous, que peu de pèlerins vont s'ambarquer à Yambo ; Les raisons en sont connues. Pour ces derniers nous avons demandé un service de bateaux à vapeur, le même que M. Bartoletti voulait établir à Djedda. Le nombre des bateaux qu'il propose nous semble suffisant ; Sinon, on n'a qu'à charger les pèlerins sur des voiliers et les faire remorquer. La distance est de la moitié moins grande. L'embarquement n'offre, on le voit bien, aucune difficulté sérieuse.

» A Tor et Calaat-el-Mouar, deux localités parfaitement appropriées à l'installation des campements quarantenaires, les pèlerins seront soumis à un régime sanitaire convenable. La difficulté de les ravitailler disparaît, d'abord parce qu'on a le temps de tout organiser, et en second lieu parce que le nombre de bouches n'est plus le même. Il me paraît impossible que dans les endroits où l'eau abonde, où des campements ont été préparés

d'avance, 4 ou 5 mille hommes puissent mourir de faim, d'autant moins que l'autorité locale s'est chargée d'en nourrir 15 et 20 mille. Ce qu'il m'est impossible de comprendre, c'est la tendresse que cette fraction de pèlerins inspire aux mêmes personnes qui condamnent de sang froid la caravane entière à aller chercher la mort dans le désert ou bien à l'attendre sur les lieux.

» Reste enfin la question de la garantie qu'offriraient les campements en question ; Il suffit pour écarter jusqu'au moindre doute, de dire que l'une des deux localités nous a été recommandée par le projet français, et que l'autre est située loin de toute habitation ; mais il y a plus : Nous avons toujours entendu parler de campements isolés et on n'ignore point le système sanitaire par lequel on isole un campement. Il y a un ensemble de mesures sanitaires que je crois inutile de vous décrire ici, mesures qui bien executées, ne laissent rien à désirer pour ce qui concerne la sécurité.

» Voici, Messieurs, les détails que j'ai cru devoir vous donner sur le projet persan dont le plus grand défaut est de chercher à sauver les apparences, en d'autres termes, de vouloir faire de la politique. M. Fauvel déteste l'art de sauver les apparences, il bannit la politique de nos mesures et cependant son projet a reveillé plus d'une susceptibilité diplomatique et deux des honorables membres de la Conférence ont cru devoir faire des réserves sur la portée politique de deux ou trois passages du projet français.

» Mais il ne s'agit que d'un simple conseil, crie-t on, nous donnons un conseil scientifique et nous laissons l'autorité locale libre d'en profiter ou non. Et quand a-t-on donné le moindre conseil médical à un homme sans lui indiquer d'avance les inconvénients auxquels ce conseil pouvait l'exposer ? Quand a-t on prescrit un moyen héroïque sans expliquer d'avance à qui de droit les dangers qui pouvaient en être la conséquence ?

» Si M. Fauvel nous disait: mon projet expose à tel ou tel inconvénient, il peut donner lieu à tel ou tel danger, mais il n'y en a pas d'autre, recommandons-le comme tel à la Sublime Porte, donnons-le comme tel à l'Europe ; on l'aurait compris ; Mais non, il nous soutient que son projet est parfait, facile à exécuter, sans autres inconvénients que ceux de toute autre mesure quarantenaire Il faut que nous l'adoptions comme tel et que nous le recommandions comme tel. En ceci M. Fauvel demande une chose que ma logique se refuse d'admettre Ceux qui peuvent consciencieusement

le faire,n'ont qu'à lever la main.Ils n'ont qu'à voter, ils exposeront après à l'Europe et à l'humanité les bases sur lesquelles repose leur conviction.

» Je trouve, Messieurs, que les auteurs du projet français précipitent cette importante question. Ils la précipitent à leur insu. Je ne dis pas ceci en représailles, non, j'ai pris à tâche d'être respectueux et très-circonspect dans mes expressions ; mais nos honorables collègues de France jugent leur projet avec cette faiblesse que tous les hommes ont pour leurs propres œuvres.

» La Conférence devrait au contraire être sévère et ne pas se prononcer avant de mûrement réfléchir, avant de tout examiner, de tout approfondir. Le projet français ne perd rien en restant encore une semaine à l'étude, une fois le principe admis, l'exécution en est facile. Dans 20 jours, un mois tout au plus, les mesures qui en découlent peuvent être toutes prises. Par conséquent je ne vois nullement la raison de l'anxiété avec laquelle nos honorables collègues de la Prusse sont venus à deux différentes reprises à la charge pour demander un vote qui, 5 ou 6 jours plus tard, ne pouvait qu'être meilleur.

» En terminant et sans entrer nullement dans la question de forme, je vous rappellerai, Messieurs,le renseignement que S. Exc. notre honorable Président vient de nous donner;il en résulte que le Gouvernement local se trouve dans l'impossibilité d'exécuter le projet en question. Ne nous arrêtons point, Messieurs, aux formes, aux *apparences*, prenons le renseignement qui nous vient de bonne source et utilisons-le. A quoi nous avancerait le vote, si ce que nous votons était inexécutable ? Quel est notre but ? est-ce celui de préserver l'Europe ou celui d'arracher par nos décisions un aveu d'impuissance au Gouvernement qui nous donne l'hospitalité ? avons-nous eu pour mission de créer par nos verdicts les plus sérieux embarras en Arabie et dans tout l'Empire Ottoman ? Je ne le pense pas.

» Je cesse, Messieurs, de fatiguer. votre attention Je vous fais mes excuses pour la lecture entrecoupée et décousue que vous venez d'entendre. Je n'ai visé à aucun effet oratoire. Le voudrais-je que cela me serait impossible.Je parle une langue qui n'est pas la mienne et la nature qui a si généreusement accordé à M. Fauvel le don de l'éloquence a été pour moi une avare marâtre. »

M. le Dr Fauvel demande à dire quelques mots pour rétablir la question qui ne lui paraît plus sur son véritable terrain.

Tout d'abord, on a prétendu que la population de La Mecque avait diminué dans ces dernières années, et qu'il avait puisé ses informations à cet égard dans des ouvrages déjà anciens. C'est là une erreur, les chiffres qu'il a produits sont tirés d'une publication récente, de la relation que M. le B^on^ de Maltzan a fait paraître, en 1860, de son voyage à La Mecque ; or, cet ouvrage est certainement aussi digne de foi que ceux dans lesquels M. le D^r^ Sawas a été chercher : es citations et dont la plupart n'ont qu'une autorité fort discutable.

On a dit, d'autre part, qu'en 1831, c'était la caravane qui avait importé le choléra en Egypte. M. le D^r^ Fauvel explique que pour plus de sûreté, il n'a voulu parler que de faits ne remontant pas au-delà de dix-huit années. Pour ce qui est, d'ailleurs, de l'épidémie dont il s'agit, M. le D^r^ Clot-Bey, qui a été plusieurs fois cité, affirme que la caravane était arrivée exempte de choléra, que le choléra existait en Egypte avant son arrivée. Si l'on tient compte aussi de ce que le choléra sévissait déjà au même moment à Constantinople, en Syrie, et que l'Egypte se trouvait par conséquent, environnée de pays infectés, il faut reconnaître qu'il serait téméraire d'affirmer rien sur l'origine du choléra d'Egypte en 1831.

M. le D^r^ Fauvel s'étonne de voir MM. les Délégués de Turquie et, après eux, M. le D^r^ Sawas, affirmer qu'il n'y a plus de caravane allant d'Egypte à La Mecque pour le pèlerinage, alors que dans le contre-projet présenté par S. Exc. Salih Effendi, non-seulement il est fait mention de cette caravane, mais qu'on indique même le nombre des individus qui la composent, nombre qui ne s'élève pas à moins de 6,000.

Toutes les critiques faites à la proposition française portent, d'ailleurs, sur un seul point, à savoir l'impossibilité du retour par terre pour les pèlerins, et pour démontrer cette impossibilité, on a accumulé preuves sur preuves. M. le D^r^ Fauvel conteste cette impossibilité ; mais en supposant qu'elle existât, il affirme que le projet français n'en conserverait pas moins tous ses avantages. Toute la question est, en effet, de savoir si on pourrait pourvoir à la subsistance des pèlerins retenus dans le Hédjaz en cas de choléra : or, il est impossible d'admettre qu'un pays habité par une population nombreuse puisse se trouver menacé de famine parce que, pendant un temps relativement court, cette population serait augmentée de 12 à 15,000 individus.

Pour ce qui est des contre-projets de MM. les Délégués de Turquie et d

Perse, M. le Dr Fauvel constate qu'ils offrent plus d'inconvénients que le projet français et cela sans présenter les mêmes garanties d'efficacité. Ce ne sont que des simulacres, or il ne suffit pas de chercher à sauver les apparences, il faut recourir à des mesures sérieuses ou s'abstenir. Que peut-on faire alors? M. le Dr Fauvel affirme de nouveau que la question ne serait pas résolue même si on niait la possibilité du retour par le désert. N'est-il pas plus facile de nourrir 12 à 15,000 individus sur place plutôt que sur des côtes désertes et inconnues? ne vaut-il pas mieux aussi, pour envisager la question à un autre point de vue, que ces individus, si le choléra est parmi eux, purgent leur quarantaine dans un pays déjà infecté plutôt que dans des localités encore indemnes; ne serait-ce pas introduire de gaité de cœur le fléau en Egypte et transformer les pèlerins en véritables agents de transmission de la maladie?

A l'égard des difficultés de l'ordre politique ou administratif, M. le Dr Fauvel rappelle que c'est là un terrain interdit à la Conférence et sur lequel il se refuse dès lors à entrer. Tout ce qu'il peut dire, c'est que des objections ayant été faites au sein de la commission contre certains passages du projet français qui pouvaient paraitre de nature à éveiller la susceptibilité du Gouvernement Ottoman, il est tombé immédiatement d'accord avec M. Vetsera sur la convenance de supprimer tout ce qui pouvait à tort ou à raison, donner lieu à ce reproche

M. le Dr Fauvel donne alors lecture de la proposition française telle qu'elle a été modifiée :

1° Proposition fondamentale :

» La Conférence est d'avis que, *en cas de choléra cette année parmi les pèlerins*, il y aurait lieu d'interrompre momentanément, c'est-à-dire pendant la durée de l'épidémie, toute communication maritime entre les ports arabiques et le littoral égyptien, en laissant ouverte aux hadjis, pour leur retour en Egypte, la route de terre suivie par la caravane.

» 2° Propositions concernant la mise à exécution :

» La Conférence est d'opinion que la mise à exécution de la dite mesure nécessiterait le concours :

» 1° De la Commission Sanitaire Ottomane envoyée dans le Hédjaz qui signalerait l'état sanitaire parmi les pèlerins ;

» 2° De quelques navires de guerre pour interrompre les communications maritimes ;

» 3° d'une surveillance organisée sur le littoral égyptien pour s'opposer au débarquement en cas d'infraction. »

M. le Dr Fauvel pense qu'il ne doit pas être nécessaire de répéter que tout ce qui touche à l'exécution rentre dans le domaine exclusif de l'Autorité territoriale, et que les articles qui suivent ceux qui viennent d'être lus ne doivent, dès lors, être considérés que comme des indications, tout au plus comme des conseils ; toutefois, on a voulu qu'aucun doute ne pût exister à cet égard et, pour cette raison, il a été expressément spécifié que toute latitude est laissée à qui de droit pour apporter dans l'exécution telles modifications qui seraient jugées propres à la faciliter.

M. Segovia prend la parole après M. le Dr Fauvel et résume en ces termes les divers discours qui ont été prononcés, en demandant que la Conférence se prononce ensuite :

» MM. les Délégués de France proposent de retenir et d'alimenter les pèlerins sur la côte orientale de la mer Rouge.

« Leurs adversaires proposent :

1° de les transporter,

2° de les retenir dans des lazarets sur la côte occidentale,

3° par conséquent de les nourrir et de les faire garder par des troupes.

» Quel est le plus facile ? »

M. le Dr Fauvel et quelques autres membres demandent aussi la clôture.

Mirza-Malkom-Khan expose qu'il avait des explications à demander sur certains points de la proposition française que la discussion ne lui a pas paru suffisamment éclaircir; que la déclaration faite par S. Exc. Salih Efendi, déclaration qu'il persiste à trouver parfaitement régulière, ne lui permet pas de s'associer à une mesure que le Gouvernement Ottoman affirme ne pouvoir exécuter ; que dès lors ses demandes d'explications sont devenues en quelque sorte sans objet, mais que cependant il désire les soumettre à la Conférence. M. le Délégué de Perse commence alors la lecture du discours qui suit :

« Messieurs, les raisons qui nous avaient fait présenter un amendement concernant le projet d'urgence de MM. les Délégués de France vous ont été exposées avec tous les détails nécessaires par mon honorable collègue. Maintenant si vous voulez bien me le permettre, je vais vous demander quelques explications sur certains points de notre discussion restés obscurs dans mon esprit. Si j'ai quelque difficulté à saisir le sens et l'enchaî-

nement de vos paroles, cela ne doit pas vous étonner, je viens du centre de l'Asie, et j'aime à espérer que cette origine suffira pour me rendre, dans une Conférence Européenne, l'objet d'une indulgence qui ne ferait, du reste, que rehausser votre propre supériorité.

» Depuis nos dernières discussions, il me semble, Messieurs, que la plupart de nos collègues ont complètement oublié que nous n'avons aucun droit d'imposer à la Turquie les mesures de notre projet d'urgence. D'après notre logique asiatique qu'on s'est plu à maltraiter dans une de nos séances, je crois que, par rapport à notre projet d'urgence, tout ce que nous pouvons faire, c'est de le recommander à l'accueil favorable du Gouvernement Ottoman. Si la Porte acceptait notre projet, ce serait de sa part une concession, mais il me semble que ce serait confondre étrangement les choses que de croire que nous avons le droit d'exiger cette concession et, cependant, je vois avec regret que cette étonnante confusion d'idées commence à envahir notre discussion.

» MM. les Délégués de la Turquie sont venus nous déclarer formellement que les mesures d'urgence destinées à être appliquées sur le territoire Ottoman ne pouvaient pas être mises en pratique et que, par conséquent, elles étaient inadmissibles pour la Turquie. Après cette déclaration, je ne vois pas ce qui peut nous engager à soutenir encore le même projet. Si nous devons respecter le libre exercice de la souveraineté territoriale, il est parfaitement clair que nous ne pouvons plus revenir sur ce projet. Et si nous comptons forcer plus tard la Turquie à l'accepter, avant de nous engager dans cette voie nouvelle, je désirerais savoir sur quels principes nous nous basons aujourd'hui pour arriver plus tard à une si monstrueuse conclusion. »

Cette lecture est interrompue par M. le Dr Fauvel qui fait observer qu'on ne saurait avoir de meilleure preuve à donner de l'impuissance des adversaires de la proposition française à trouver de bons arguments pour la combattre, que de les voir chercher ainsi, au moyen d'insinuations, à amener la discussion sur le terrain politique. M. le Dr Fauvel demande que la Conférence se déclare suffisamment éclairée et qu'on passe au vote.

Mirza-Malkom-Khan proteste et maintient son droit à la parole.

M. le Dr Sawas se joint à cette protestation qu'appuient aussi MM. les Drs Goodewe et Bykow. Il y a encore des orateurs inscrits, dit-il, et la clôture ne saurait être régulièrement prononcée avant qu'ils aient été entendus.

MM. Vernoni et Gomez renoncent à la parole qu'ils avaient demandée.

M. de Krause avait aussi l'intention de répondre à MM. les Délégués de Perse, mais, dit-il, la Conférence peut le faire pour moi. M. le Dr Sawas a contesté l'opportunité de presser les débats sur les mesures d'urgence, qu'on vote la clôture, ce sera la meilleure des réponses.

M. le Cher Pinto de Soveral déclare à son tour que le discours si concluant et si remarquable à tous égards de M. le Dr Fauvel a dissipé tous les doutes qui auraient pu exister dans son esprit, qu'il a consulté Niebuhr? Burkardt, Carl Ritter ainsi que d'autres auteurs, et que partout il a trouvé la preuve de la rigoureuse exactitude des détails fournis par M. Fauvel sur la Mecque, Médine, Yambo et Confouda. M. le Cher de Soveral qui votera pour la proposition française, espère avoir de nombreux imitateurs au sein de la Conférence et, ne doute pas de l'adhésion ultérieure des gouvernements ; on peut d'avance compter sur celle du gouvernement de S. M. Très-Fidèle toujours empressé à s'associer aux grandes œuvres de civilisation et de progrès.

M. le Dr Goodeve conteste l'efficacité des mesures proposées par MM. les Délégués de France, mesures dont l'adoption lui paraîtrait d'ailleurs présenter de graves inconvénients. Il n'est pas certain qu'on puisse subvenir à l'alimentation des pèlerins et,en tous cas, ce n'est pas faire preuve d'humanité que de retenir une si grande masse d'individus dans une contrée infectée du choléra. Tout ce que M. le Dr Goodeve a entendu, tous les renseignements qu'il possède, viennent à l'appui de ce qui a été dit par MM. les Drs Bartoletti et Sawas au sujet des pèlerins de l'Inde. M. le Dr Fauvel demande l'interdiction complète des communications maritimes, mais il oublie que le pèlerinage attire à Djedda, le seul grand port de la mer Rouge. un nombre considérable de navires ; ces navires qui ne portent pas seulement des pèlerins, mais aussi des vivres et des marchandises, devront-ils donc tout à coup reprendre la mer et interrompre toutes leurs relations commerciales, sur la simple déclaration que le choléra s'est manifesté à La Mecque? Où iront-ils alors? on a parlé de Confouda, mais ce port pourra-t-il contenir les 40 ou 50 navires qu'on aura chassés de Djedda? La navigation, continue M. le Dr Goodeve, est difficile pour les navires à voiles dans la mer Rouge, c'est au point que les capitaines anglais préfèrent presque le voyage d'Angleterre à Aden au court trajet d'Aden à Suez. En adoptant la proposition française, n'expose-t-on pas le Gouver-

nement Ottoman aux demandes d'indemnités que ne manqueront pas de former tous les capitaines dont on aura entravé les opérations ?

M. le Dr Fauvel répondant à M. le Dr Goodeve, rappelle que le port de Djedda n'est pas accessible aux grands navires près du rivage et que, de même que dans tous les autres ports de la mer Rouge, ils doivent mouiller à plus d'un mille de la terre. Des ilôts permettant d'étendre le mouillage, il n'est pas question, d'ailleurs, d'obliger les navires à retourner à Aden comme on paraît le croire ; il ne s'agit que d'empêcher qu'ils ne communiquent avec la terre. Ce sera aux autorités locales à apprécier les moyens d'obtenir ce résultat et peut-être pourra-t-on y parvenir sans rendre complètement impossibles les opérations de trafic et en se bornant à éloigner assez les bâtiments pour qu'ils soient à l'abri des pèlerins qui voudraient s'y embarquer malgré l'interdiction. Djedda, d'autre part, n'est pas le seul grand port de la mer Rouge. Confouda ne lui est pas inférieur. N'y a-t-il pas aussi Yambo dont il a été parlé à plusieurs reprises et qui, de même que Djedda, offre à la navigation une vaste rade protégée par des îlôts ?

M. le Dr baron Hübsch exprime sa surprise de voir ainsi mettre les intérêts du commerce au dessus de ceux de la santé publique.

M. le Dr Millingen répond qu'il ne s'agit pas seulement ici d'intérêts commerciaux : 12 ou 15,000 pèlerins, dit-il, se rendent chaque année des Indes anglaises ou hollandaises à la Mecque et il n'y a aucun motif sérieux pour que l'interdiction du retour par mer soit étendue aux navires destinés à les ramener, ce serait une cruauté inutile et contre laquelle l'humanité toute entière ne pourrait manquer de protester. M. le Dr Millingen est d'avis que les navires de guerre présents à Djedda suffiraient à empêcher que l'embarquement des pèlerins anglais et hollandais ne donnât lieu à des désordres.

M. le Dr Fauvel observe que c'est là un amendement qui ne porte que sur un point secondaire de la proposition française et insiste de nouveau pour la mise aux voix de la clôture de la discussion sur la question du principe.

Il est fait droit à cette demande et 17 voix contre 6 se prononcent en faveur de la clôture ; votent contre MM. les Délégués de la Grande-Bretagne, de la Perse et de la Turquie.

M. Vetsera demande à présenter une observation personnelle avant

qu'il ne soit procédé au vote sur le principe de la proposition française. J'ai voté, dit-il, en comité pour l'adoption du principe de cette proposition puisque, considérée en elle-même, elle me paraît offrir les meilleures chances d'efficacité. Cependant MM. les Délégués de la Puissance à laquelle seule appartient l'exécution des mesures d'urgence ont signalé depuis des difficultés sérieuses et ont déclaré qu'ils n'adopteront jamais le projet dont nous parlons. Après cette déclaration, la proposition de MM. les Délégués de France cesse pour moi d'être pratique et je ne me crois pas autorisé à prendre part à l'initiative de mesures qui seraient de nature à gêner le libre exercice de l'autorité territoriale. Je m'abstiens, par conséquent, de voter et je réserve au Gouvernement Impérial une entière liberté d'appréciation.

M. le Président met ensuite aux voix la disposition fondamentale de la proposition française ainsi formulée :

La Conférence est d'avis que, en cas de choléra cette année parmi les pèlerins, il y aurait lieu d'interrompre momentanément, c'est-à-dire pendant la durée de l'épidémie, toute communication maritime entre les ports Arabiques et le littoral Egyptien, en laissant ouverte aux hadjis, pour leur retour en Egypte, la route de terre suivie par la caravane.

Résultats du scrutin : 26 votants; pour 17 ; contre 8; abstention 1 ; majorité 9 ; adoption..

Ont voté pour : MM. le Dr Sotto, Cte de Noidans, Segovia, Dr Monlau, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Kalergi, Vernoni, Prof, Bosi, Keun, Dr Millingen, Cher Pinto de Soveral, Dr Gomez, de Krause, Dr Mühlig, Stenersen et Dr baron Hübsch.

Ont voté contre : MM. Stuart, Dr Goodeve, Mirza-Malkom-khan, Dr Sawas, Dr Lenz, Dr Bykow, Salih effendi et Dr Bartoletti.

M. Vetsera s'est abstenu.

La Conférence s'ajourne au samedi 3 mars, à une heure, pour commencer la discussion des questions relatives à l'exécution de la proposition française.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Bon DE COLLONGUE. — Dr NARANZI.

N° 6.

SÉANCE DU 3 MARS 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil huit cent soixante six, le 3 mars, à une heure de l'après-midi la Conférence Sanitaire internationale a tenu sa sixième séance, dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Etaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A. ;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien;

Pour la Belgique :

M. le comte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul-général chargé d'affaires ;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne;

Pour la France :

M. le comte de LALLEMAND, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur FAUVEL, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

L'Honorable M. W. STUART, secrétaire de l'Ambassade de S. M. Britannique;

M. le Docteur GOODEVE, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Dr E. D. DICKSON, médecin de l'Ambassade de S. M. B., Délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M. KALERGI, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le professeur MACCAS, premier médecin du Roi des Hellènes ;

Pour l'Italie :

M. ALEXANDRE VERNONI, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur FRÉDERIC BOSI ;

M. le Docteur G. SALVATORI, Délégué le l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour le Pays-Bas :

M. KEUN, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le professeur Von Geuns ;

M. le Docteur MILLINGEN, Délégué des Pays-Bas, membre au Conseil de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

MIRZA-MALKOM-KHAN, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur SAWAS EFENDI, inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard PINTO DE SOVERAL, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio Gomez, 1er médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. H. DE KRAUSE, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi de Prusse ;

M. le Docteur MÜHLIG, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical en Russie ;

M. le Docteur Lenz, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège ;

M. Oluf Stenersen, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'École Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur-général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil de Santé de Constantinople.

Le procès-verbal de la quatrième séance est lu et adopté.

S. Exc. le Président fait la déclaration suivante :

Messieurs,

L'ordre du jour appelle la discussion des articles réglementaires de la proposition de MM. les Délégués du Gouvernement Français. C'est la suite de l'adoption de la mesure fondamentale proposée par eux. Cette mesure, comme vous savez, n'a pas été acceptée par tous les Délégués. Aujourd'hui si les Délégués Ottomans, ou ceux qui l'avaient combattue et qui ne l'ont pas acceptée, se proposent de prendre part à la discussion des détails de cette même mesure, ils ne croient pas, cela faisant, admettre le principe fondamental. S'ils prennent part à la discussion c'est uniquement pour la raison que la majorité ayant accepté la proposition fondamentale, les articles complémentaires qui en résultent, et qui constituent aujourd'hui le sujet de la discussion, peuvent être acceptés ou modifiés dans un sens plus ou moins conforme aux vues de chacun. Pour cette raison comme Délégué du Gouvernement Ottoman, j'entends, dit S. Exc. Salih Efendi, prendre part à cette discussion, bien entendu sans que, pour cela, ma manière de voir touchant la mesure fondamentale soit en rien changée ou modifiée.

M. Bartoletti, M. Stuart et les autres Délégués du Gouvernement Britannique, les Délégués de Perse , les Délégués du Gouvernement Russe, déclarent se ranger complètement à l'avis de S. Exc. Salih Efendi.

La Conférence, après avoir entendu les opinions de MM. Bosi, Stenersen, Segovia, Monlau et Fauvel se prononce en faveur de la déclaration de S. Exc. Salih Efendi, c'est à dire qu'elle accepte la réserve faite par lui et par tous ceux qui n'ont pas admis la proposition fondamentale du projet français.

S. Exc. le Président accorde la parole à M. Fauvel, qui s'était inscrit le premier pour fournir quelques explications au sujet des articles sur lesquels va s'ouvrir la discussion.

Nous n'avons pas eu, dit M. Fauvel, l'intention de dicter dans ces articles un système de réglementation complète, ni définitive. Ce que nous proposons et qu'à la rigueur nous aurions pu nous dispenser de formuler, est facultatif et sujet à toute sorte de modifications. Toutefois, nos propositions étant, selon notre manière de voir, très rationnelles et de nature à faciliter l'exécution de la mesure fondamentale, nous avons voulu les formuler pour être discutées devant la Conférence.

Le Gouvernement, continue M. Fauvel, qui sera appelé à mettre à exécution la mesure fondamentale adoptée par la Conférence, pourra, au besoin, modifier les dispositions secondaires que nous avons tracées dans l'unique but de montrer la voie à suivre. Il pourra même en ajouter d'autres qui, au moment de l'application, lui seraient suggérées par des circonstances qu'on n'avait pu prévoir.

Nous ne sommes pas des théoriciens , ajoute M. Fauvel, et nous admettons que le Gouvernement Ottoman, en présence de faits imprévus, pourra se trouver dans la nécessité de suivre une voie différente de celle que nous avons indiquée. Nous allons citer deux exemples : Nous avons dit, dans notre proposition (art. 6), que, relativement aux pèlerins à destination de l'Inde ou d'autres pays au delà de la mer Rouge , serait peut-être possible de leur assigner un point particulier d'embarquement à plusieurs journées de marche au Sud de Djeddah.

Bien que nous connussions le port de Gonfouda, nous nous sommes bien gardés de le signaler et de le recommander, parce qu'il pourrait se faire que le Gouvernement pût disposer de quelque autre port plus convenable, et aussi parce qu'à la rigueur les autorités locales pourraient permettre

aux pèlerins en question de s'embarquer immédiatement à Djeddah même, si cet embarquement était jugé exempt de tout péril.

Les dispositions de l'art. 3 ont été formulées par nous en vue d'éviter une collision, collision qui effectivement a eu lieu l'année dernière; mais si les navires à voiles ou les bâtiments à vapeur ne couraient aucun danger d'être attaqués, cette mesure de prévoyance resterait sans effet; de même qu'elle pourrait être sévèrement appliquée, c'est-à-dire que les navires de guerre feraient éloigner des ports d'embarquement, autant que possible, tous les navires de transport si une attaque sérieuse de la part des pèlerins était à craindre.

On le voit, conclut M. Fauvel, rien de tout cela n'est obligatoire: pourvu que la mesure fondamentale soit respectée, tous les moyens d'exécution sont facultatifs

Ainsi donc, après le principe fondamental adopté dans la dernière séance, nous vous proposons les dispositions complémentaires formulées de la manière suivante :

La Conférence est d'opinion que la mise à exécution de la dite mesure nécessiterait : ce qui est exprimé dans les paragraphes 1, 2 et 3 (V. la page 4 de la proposition française.)

Après ces trois paragraphes il faudrait, à l'endroit qui commence par *cela étant*, ajouter le passage suivant, à la place de celui qui existe. *Cela étant la Conférence estime qu'il pourrait être procédé à l'exécution de la manière suivante, sauf les modifications qui, sans altérer le principe fondamental de la mesure, seraient jugées propres à en faciliter l'application.*

Ce passage, dit M. Fauvel, serait suivi des huit articles que la Conférence est appelée à discuter.

Finalement M. Fauvel propose d'ajouter: *Communication des vœux précédemment exprimés par la Conférence sera donnée à qui de droit par les Délégués de chaque puissance représentée.*

M. Mühlig obtient la parole et s'exprime en ces termes :

Messieurs,

Nous avons déjà eu l'honneur de vous annoncer dans les précédentes séances que nous aurions à vous soumettre quelques amendements au projet de MM. les Délégués du Gouvernement Français. Nous avions d'abord l'intention de le faire d'une manière pure et simple, c'est-à-dire en vous exposant uniquement les considérations pratiques qui nous les

ont suggérés. Mais la discussion qui a eu lieu dernièrement, nous ayant fait entrevoir qu'il y a dans cette Conférence des divergences d'opinions marquées quant aux principes qui doivent nous guider dans nos délibérations, nous croyons utile de vous exposer en quelques mots la manière dont nous-mêmes nous envisageons notre mission. Quand il s'est agi de délibérer sur les mesures à prendre dans le but de prévenir cette année-ci l'importation du choléra par les pèlerins, on a mis en avant, d'un côté les intérêts des pèlerins ou d'une fraction des pèlerins, de l'autre côté les intérêts du commerce et de la navigation dans la mer Rouge, et enfin, on a fait entrer dans la discussion des considérations d'un ordre politique.

Pour nous, Messieurs, il n'y a qu'un seul intérêt que nous devons défendre, c'est l'intérêt de la santé publique. Selon nous, la Conférence n'a qu'une unique mission, la mission de proposer les mesures les plus propres à nous garantir contre une nouvelle importation du choléra ; or, c'est dans la nature même de toute mesure restrictive de léser des intérêts plus ou moins grands. Mais tous ces intérêts particuliers et spéciaux doivent se taire devant l'intérêt général que nous sommes appelés à représenter ici ; sans cela, nous devrions nous résigner dès à présent à renoncer entièrement à la tâche qui nous a été confiée. Quant aux considérations politiques, nous pensons que des arguments de cette nature ne sont pas de notre ressort. Nous pèserons toujours mûrement les mesures sanitaires proposées et nous examinerons si elles sont utiles et pratiques, mais aucun intérêt d'un ordre secondaire, aucune considération politique ne viendra influencer notre jugement : c'est à ce point de vue que nous désirons que vous jugiez les amendements que nous allons vous soumettre.

M. Mühlig commence la lecture de ces amendements. Il est interrompu par M. Bosi qui fait observer à la Conférence que les amendements de M. Mühlig, ou tout autre amendement ne devraient trouver place qu'au fur et à mesure qu'on discuterait la proposition française dans ses détails et article par article. M. Sawas l'appuie.

Sur la proposition de M. Monlau appuyé par M. de Krause, la Conférence décide d'entendre la lecture des amendements proposés par M. Mühlig, mais de ne les discuter que lorsque les articles de la proposition française qu'il se propose d'amender, seront en discussion.

Voici le texte des amendements de M. Mühlig :

L'étude approfondie des propositions de MM. les Délégués de France nous a convaincus que le principe qui sert de base à leur projet est le seul qui puisse fournir des garanties réelles contre une nouvelle importation du choléra par les pèlerins, et que les mesures indiquées dans le mémoire de M. Fauvel sont les seules qui soient praticables. Cependant les propositions de MM. les Délégués de France ne présentent, à notre avis, que le minimum des mesures nécessaires pour atteindre le but qu'elles ont en vue.

Nous pensons qu'il ne suffit pas d'empêcher que le choléra ne soit importé à Suez par les pèlerins revenant de la Mecque par voie de mer, mais qu'il est nécessaire de se prémunir aussi contre le danger qui se présenterait si les caravanes purifiées pendant leur voyage à travers le désert rencontraient de nouveau le choléra en Egypte, où il aurait été importé directement des Indes. Or, ce danger existe du moment que l'on permet que des navires avec patente brute de choléra, purgent leur quarantaine à Suez même.

Sous ce rapport le projet de MM. les Délégués français dit :

L'interdiction de purger quarantaine en Egypte ne serait pas applicable aux navires venant d'au delà de la mer Rouge à Suez, après avoir touché ou non à Aden; ces navires, *avec patente brute de choléra*, seraient assujétis à la règle en vigueur à Suez en pareil cas.

Selon nous, cette exception établie en faveur de navires *avec patente brute* est de nature à mettre en question tout le résultat du projet. Supposons qu'un seul navire contaminé arrivant à Suez soit admis en quarantaine, nous sommes presque certains de voir le choléra éclater dans cette ville, d'où non seulement il gagnerait dans peu de temps le Caire et Alexandrie, mais aussi il menacerait d'une nouvelle infection les caravanes arrivant du désert.

Il est vrai que les épidémies cholériques laissent, pour un certain temps, à leur suite l'immunité, mais est-ce une règle sans exception? nous ne le croyons pas. Il est suffisamment prouvé aujourd'hui que le moyen le plus sûr d'infecter une localité est celui d'y faire faire quarantaine aux provenances contaminées. La quarantaine ne doit donc être purgée que dans des endroits isolés et éloignés des voies de communication. C'est en partant de ce principe que le projet lui-même désigne Tor comme localité où les navires infectés (délinquants) feraient quarantaine. Si donc ou admet

la nécessité d'éloigner de Suez toute provenance contaminée du littoral arabique, pourquoi n'appliquerait-on pas la même règle à tous les navires provenant d'autres ports infectés ?

Nous proposons d'ajouter l'amendement suivant :

« Les navires venant d'au-delà de la mer Rouge avec patente brute de » choléra seront tenus à faire quarantaine soit à Tor, soit à Aden, pourvu, » pourtant, que le choléra ne règne pas dans ces derniers endroits »

Il y a un autre point sur lequel nous devons attirer l'attention de la Conférence. Il est essentiel que dans le cas où le choléra viendrait à se manifester pami les pèlerins ou sur le littoral arabique, avis en soit donné, dans le plus bref délai possible, au pouvoir exécutif : dans ce but le concours de la Commission Sanitaire Ottomane envoyée dans le Hedjaz ne nous paraît pas suffisant ; le mandat de cette commission embrasse un terrain si vaste qu'il ne lui sera guère possible d'étendre sa surveillance sur toutes les localités importantes à la fois. Notre second amendement est celui d'ajouter aux propositions françaises les dispositions suivantes:

« L'exécution des mesures projetées nécessiterait le concours non seulement de la Commission Sanitaire envoyée dans le Hedjaz, mais aussi de toutes les autorités, ainsi que des médecins sanitaires des ports du littoral arabique qui signaleraient l'état sanitaire de ces localités à l'autorité dont ils relèvent. »

Nous croyons en outre que la durée de la quarantaine que les navires seraient obligés de faire, soit à Tor, soit à Aden, devrait être précisée par la Conférence, afin que cette mesure ne soit pas réduite à une simple formalité. Sous ce rapport nous proposons de fixer à 10 jours la quarantaine d'observation, les jours de traversée y compris, quand il y a un médecin à bord ; et dans le cas où le choléra viendrait à éclater à bord, le navire ne devrait entrer en libre pratique que 15 jours après le dernier cas constaté et après une désinfection aussi complète que possible.

Il y a une dernière question à prendre en considération.

Si malgré toutes ces mesures le choléra venait à éclater à Suez, qu'y aurait-il à faire ? ne faudrait-il pas tenter un dernier effort pour le circonscrire en Egypte ? Nous sommes d'avis que dans une pareille occurrence il faudrait d'abord établir un cordon sanitaire rigoureux autour de Suez, couper toute communication entre cette ville et le reste de l'Egypte et maintenir l'interdiction jusqu'au 15^{me} jour à partir du dernier cas de

choléra ; si malgré tout cela le choléra venait à éclater à Alexandrie, le seul moyen pour prévenir les évènements douloureux de l'an passé consisterait à empêcher l'émigration durant l'épidémie, en défendant à tous les navires, soit à vapeur soit à voiles, l'embarquement de passagers. On pourrait laisser libre le transport des marchandises et soumettre l'équipage à des mesures quarantenaires efficaces. En faisant cette proposition, nous partons du fait que ces émigrations ne profitent point aux fuyards qui, traînant partout à leur suite le foyer cholérique, et, qui, tout en désirant d'éviter la maladie, se trouvent toujours au milieu d'elle. Quant à la perturbation temporaire des relations commerciales qui en résulterait, nous croyons que les intérêts du commerce de l'Egypte seul ne doivent pas l'emporter sur les intérêts du commerce de tout le littoral de la Méditerranée, auxquels une nouvelle invasion cholérique porterait les plus graves atteintes.

Nous touchons à la fin de notre exposé, etquant à la réponse à faire aux questions que nous venons de soumettre à votre appréciation éclairée, nous nous remettons, Messieurs, avec une entière confiance aux lumières de cette illustre assemblée.

Veuillez, cependant, remarquer que, selon nous, l'Europe est autorisée à attendre que, pour assurer la réussite de la tâche qu'elle vous a confiée, aucune précaution possible ne doit être omise.

DE KRAUSE.— MÜHLIG.

S. Exc. le Président déclare la discussion ouverte sur les dispositions secondaires du projet français :

Ces dispositions doivent être discutées séparément, article par article.

La discussion est engagée tout d'abord sur les trois premiers articles, qui ne sont, d'après M. Bosi, que de simples considérants, et après une conversation engagée entre MM. Sawas, Malcom-Khan, Bartoletti d'un côté, et MM. Fauvel, Lallemand, Mühlig, Stenersen et Monlau de l'autre, la Conférence adopte les trois articles suivants, relatifs à la mise à exécution de la proposition fondamentale.

Ladite mesure nécessiterait le concours :

1° De la Commission Sanitaire Ottomane envoyée dans le Hedjaz, qui signalerait l'état Sanitaire parmi les pèlerins ;

2° De quelques navires de guerre pour interrompre les communications maritimes ;

3° D'une surveillance organisée sur le littoral égyptien pour s'opposer au débarquement en cas d'infraction.

Ont voté pour l'adoption de ces trois articles.

MM. Sotto, de Noidans, Segovia, Monlau, Lallemand, Fauvel, Kalergi, Vernoni, Bosi, Gomès, de Krause, Mühlig, Hubsch, Stenersen, Bartoletti; ce dernier pour le premier et le troisième.

M. le Docteur Monlau, à propos des protestations répétées de MM. les Délégués de la Perse, de la Russie et de la Turquie, qui ont déclaré à plusieurs reprises que,s'ils prenaient part à la discussion des mesures d'exécution, cela n'impliquait nullement qu'ils approuvaient le principe fondamental, dit : Puisque nous sommes en voie de protestations et de déclarations, moi aussi je pourrais déclarer que si je prends part à la discussion et au vote des mesures d'exécution, cela n'implique nullement que j'approuve cette discussion. Au contraire, je pense, moi, que la Conférence devrait se borner à dire à la Sublime Porte que la non-communication était la mesure préférable, tout en laissant à son choix la détermination des moyens d'exécution. Est-ce qu'on a besoin d'expliquer en détail, à un Gouvernement, la manière d'interrompre les communications, entre deux pays, ou deux côtes ? Mais la Conférence en a décidé autrement, et je me soumets volontiers, et je discute et je vote, sans interrompre la discussion, ni les votes, par des déclarations parfaitement superflues dès que la majorité de l'assemblée a fait connaitre son opinion.

M. Bartoletti se range à cet avis. Une fois le principe adopté, dit-il, la Conférence n'a qu'à dire au Gouvernement de la mettre à exécution.

M. Sawas dit que l'observation de M. Monlau est très-juste et il ajoute que si la Conférence trouve nécessaire et opportun d'indiquer au Gouvernement le mode d'exécution de la mesure, elle doit entrer dans des détails beaucoup plus minutieux et elle doit pousser plus loin ses indications : elle doit, par exemple, lui dire aussi quelle espèce de navires il faut qu'il y envoie, quel doit être le pavillon des vaisseaux de guerre etc. Par conséquent, poursuit M. Sawas, pour éviter de vains et minutieux

détails, il faudrait se borner à recommander au Gouvernement Ottoman le principe admis pour qu'il avise aux moyens les plus convenables pour qu'il soit mis à exécution. Il prie M. le Président de mettre aux voix la proposition de M. Monlau.

M. de Lallemand remarque que tout ce qu'on vient de dire est déplacé, puisque la Conférence a décidé de s'occuper des détails et de les discuter.

M. Fauvel rappelle que les Délégués du Gouvernement Français ont suffisamment fait connaître le sens et la portée qu'ils donnent aux dispositions secondaires, ou propositions de détail de leur projet. Elles sont bien loin, dit-il, d'être des mesures comminatoires; le Gouvernement est libre de les accepter ou de les rejeter, bien entendu, à la condition de respecter la mesure fondamentale. La Conférence ne doit avoir qu'un seul but, c'est de montrer au Gouvernement Ottoman que la mesure qu'elle a adoptée est applicable par les moyens qu'elle lui propose. Tant mieux si le Gouvernement peut la mettre à exécution, avec des moyens autres que ceux qu'on lui indique, moyens plus efficaces ou d'une application plus facile. Nous avons fait preuve de loyauté, poursuit M. Fauvel, en lui signalant les moyens qui nous semblent le plus avantageux.

Comme nous croyons, conclut M. Fauvel, que la majorité de la Conférence partage notre manière de voir et que toute opposition basée sur des arguties n'aurait d'autre but que d'entraver la discussion, nous insistons pour que la discussion soit ouverte sur chaque article séparément.

Plusieurs Membres appuient M. Fauvel et la discussion commence par le premier article.

Il est adopté par 17 voix, à savoir,

MM. Sotto, Noidans, Segovia, Monlau, Lallemand, Fauvel, Kalergi, Bosi, Vernoni, Gomez, De Soveral, De Krause, Mühlig, Hübsch, Stenersen, Bartoletti, S. Exc. Salih Efendi.

L'article second est adopté par 15 voix, les Délégués précités, à l'exception de MM. de Krause et Mühlig.

L'article 3^{me} est adopté avec l'addition proposée par M. Stenersen, c'est à dire avec l'addition du mot *au besoin*. L'opportunité de cette addition, opine M. Stenersen, ne peut pas être mise en doute après les explications données à ce sujet par M. Fauvel, car il pourrait se faire que rien n'étant à craindre de la part des pèlerins, les autorités locales jugeraient utile d'agir d'une manière beaucoup moins rigoureuse.

L'art : commencerait de cette manière, 3° En même temps, les navires de guerre feraient, *au besoin*, éloigner des ports etc.

L'article ainsi amendé est adopté par MM. les Délégués cités dans le deuxième article, moins MM. de Krause et Mühlig qui acceptent l'article sans l'addition du mot, *au besoin*,

L'article 4me est amendé par M. Mühlig ; et à la suite d'une longue discussion à laquelle prennent par MM. Mühlig, Fauvel, Gomez, Bartoletti, S. Exc. Salih Efendi, Sawas, l'art 4 est adopté avec l'amendement formulé par M. Mühlig et qui est le suivant : L'article textuel est suivi du paragraphe qui suit :

« Cette quarantaine serait de 15 jours, les jours de traversée y compris, et dans le cas où le choléra viendrait à éclater à bord, le navire ne devrait entrer en libre pratique que 15 jours après le dernier cas constaté, et après une désinfection aussi complète que possible.

L'article ainsi complété obtient 15 voix ; ont voté pour son adoption:

MM. Sotto, Noidans, Segovia, Monlau, De Lallemand, Fauvel, Kalergi, Bosi, Vernoni, Gomez, De Soveral, De Krause, Mühlig, Hübsch, Stenersen.

M. Bartoletti n'accepte que le complément tel que M. Mühlig l'a formulé.

L'article 5me donne lieu à une conversation entre MM. Kalergi, Bosi, Vernoni, Fauvel, Bartoletti, à l'effet de savoir quels médecins seront chargés de visiter la caravane et de constater son état sanitaire, ou bien si des médecins *commissionnés ad hoc*, la suivront et feront à l'arrivée de la caravane connaître aux autorités son état sanitaire.

M. Kalergi propose un amendement conçu en ces termes.

« En cas où le choléra existerait parmi la caravane, celle-ci serait arrêtée et visitée par la commission. Le Gouvernement Ottoman serait avisé à temps pour qu'il eût là une force suffisante à l'effet de faire subir à la susdite caravane la quarantaine nécessaire.

M. Vernoni démontre la nécessité d'avoir des renseignements précis sur l'état sanitaire de la caravane, mais qui sera *commis*, se demande-t-il, pour fournir les renseignements voulus aux autorités ? C'est à la Conférence qu'incombe la tâche de prendre des mesures à se sujet.

MM. Vernoni et Bosi expriment le désir de voir figurer parmi les mesures concernant la caravane la disposition suivante : Que la caravane soitsuivie d'un certain nombre de médecins faisant partie de la commission du Hedjaz.

MM. Fauvel et Bartoletti répondent à M. Vernoni que la caravane est toujours suivie d'un certain nombre de médecins. M. Bartoletti assure en outre M. Kalergi qu'à l'avenir la caravane sera suivie de médecins commissionnés ad hoc.

A la suite de la déclaration de M Bartoletti, M. Kalergi retire l'amendement qu'il avait proposé.

Après quelques autres explications échangées entre plusieurs Délégués, la Conférence, sur la proposition de M. Fauvel, décide d'ajouter à l'article 5 le paragraphe suivant :

Il serait à désirer que la caravane fût accompagnée par des médecins sanitaires *commis ad hoc.* L'article 5^{me} ainsi complété est accepté par 16 Délégués qui sont :

MM. Sotto, de Noidans, Segovia, Monlau, De Lallemand, Fauvel, Kalergi, Bosi, Vernoni, Gomez, De Soveral, de Krause, Mühlig, Hübsch, Stenersen, Barteletti.

Relativement à l'art. 6 M. de Soveral signale une contradiction frappante entre cet article et l'art. 2. Il donne lecture des deux articles et fait ressortir cette contradiction.

M. Segovia lui fait observer que cette contradiction n'est qu'apparente. En réalité, dit-il, il s'agit tout simplement d'une exception; or cette exception devait naturellement venir après avoir posé la règle.

M. Fauvel propose d'amender cet article en ajoutant à la fin du texte, *à moins que les autorités ne jugent leur embarquement à Djeddah même exempt de péril.*

M. Milligen accepte cette amendement, car il est, comme l'a très bien fait observer Salih Efendi, dans l'intérêt de tout le monde et surtout des pèlerins qui sont obligés de rester, de se débarrasser le plus tôt possible de ceux qui veulent et qui peuvent s'en aller.

M Sawas propose de supprimer le milieu du paragraphe de l'article textuel depuis le mot *le mieux* jusqu'au mot *pourtant il.*

A la suite de quelques autres explications l'amendement de M. Fauvel et la suppression proposée par M. Sawas sont adoptés.

L'article 6^{me} est ainsi formulé: Relativement aux pèlerins à destination de l'Inde ou d'autres pays au delà de la mer Rouge, le mieux serait de leur assigner un point particulier d'embarquement à plusieurs journées de marche au sud de Djeddah, à moins que les autorités ne jugent leur embarquement à Djeddah même exempt de péril.

L'art. ainsi modifié est accepté par 18 voix, à savoir par MM. Sotto, Noidens, Segovia, Monlau, Lallemand, Fauvel, Kalergi, Bosi, Vernoni, Millingen, Malkom, Khan, Sawas, De Krause, Mühlig, Hübsch, Stenersen, Bartoletti, Salih Efendi.

M. Gomez se déclare contraire à cet article.

L'art. 7 est adopté tel quel ; il obtient 17 voix Les précédents, exceptés MM. Salih Efendi, Bartoletti, Millingen.

MM. de Soveral et Gomez votent pour l'article.

A propos de l'article 8me plusieurs Délégués font observer qu'ici les amendements proposés par M. Mühlig seraient à leur place.

M. Mühlig combat cet article par plusieurs arguments.

Si l'on prend, dit il, des mesures pour purifier les pèlerins en leur faisant traverser le désert, il faut aussi empêcher qu'ils ne gagnent pas le choléra en Egypte. Eh bien, poursuit M. Mühlig, si l'on permettait que les navires, venant d'au-delà de la mer Rouge avec patente brute de choléra purgeassent leur quarantaine à Suez, le navire deviendrait un foyer, si même il n'avait qu'un seul malade de choléra, et ce foyer, par le fait de la quarantaine même, se communiquerait aux habitans de Suez, à l'Egypte et par conséquent aux pèlerins déjà purifiés qui arriveraient après avoir traversé le désert. Ainsi, il ne faut pas songer à faire purger quarantaine à Suez. Loin de là, une fois le choléra constaté, il faudrait prévenir les autorités qu'aucun navire avec patente brute de choléra, ne serait accepté à faire quarantaine à Suez.—Point d'exception —Au lieu de Suez qu'on fixe Tor ou Aden, alors seulement le projet sera logique.

M. Segovia fait observer à M. Mühlig qu'Aden n'est qu'une île volcanique dépourvue de tout et qu'il serait impossible de faire de son port un endroit convenable pour purger quarantaine.

M. Millingen se prononce énergiquement contre l'amendement de M. Mühlig. La proposition française, dit-il, ne demande que l'interruption maritime , en cas de choléra, entre le Hedjaz et l'Egypte. Les considérations présentées par M. Mühlig sont de nature à faire dévier la Conférence de la question. Il est évident, ajoute-t-il, que la Conférence ne s'occupe pas en ce moment, au moins, des rapports de l'Inde ou d'autres pays que le Hedjaz avec l'Egypte.

M. Fauvel se déclare à peu près du même avis que M. Millingen. L'amendement de M. Muhlig, dit-il, pourrait nous mettre hors de la question et

de la bonne voie. Pourquoi y a t-il, demande M. Fauvel, urgence de mettre à exécution notre projet? c'est évidemment à cause des pèlerins du Hedjaz. Les paquebots, ajoute M. Fauvel, venant des Indes n'ont jamais apporté le choléra à Suez. C'est bien autre chose pour les navires chargés de pèlerins qui peuvent être de vrais foyers cholériques. M. Mühlig veut que nous précisions le genre de mesures à prendre relativement aux navires qui arrivent de Suez, comme nous l'avons fait pour les caravanes. Nous répondons, dit M. Fauvel, que si des navires ayant le choléra arrivent à Suez, nous les soumettrons aux mesures de quarantaine. Nous sommes d'avis, conclut M Fauvel, qu'il n'est pas possible de déterminer d'avance les ports où ces navires devront faire quarantaine. C'est au Gouvernement Ottoman à les indiquer. Pour nous, il nous suffit de savoir que les navires infectés seront assujétis à purger quarantaine dans un port convenable

M. Muhlig réplique à M. Fauvel qu'il n' y a pas moyen de sortir du dilemme qu'il a posé. Ou les provenances des Indes, dit-il, ne peuvent pas importer le choléra et alors il est tout à fait inutile de prendre des mesures de précaution à leur égard, ou bien elles peuvent l'importer et dans ce cas il nous incombe le devoir d'adopter les mesures nécessaires pour prévenir l'épidémie et pour préserver les pays qui y seraient exposés. Qu'aucune espèce de quarantaine ne soit établie à Suez et alors, dit M. Mühlig, je n'insisterai pas pour qu'il y en ait à Aden ou à Tor.

MM. Bosi et Bartoletti demandent la suppression de l'article 8.

M. de Krause revient sur le 2^{me} article des amendements de M. Mühlig.

Le but que nous poursuivons, dit il, n'est atteint qu'à moitié, car nous nous nous arrêtons en route.

Ce n'est pas Suez qu'il s'agit de préserver d'une nouvelle invasion de choléra, c'est l'Egypte entière. La discussion, continue M. de Krause, des mesures à prendre dans le cas où une nouvelle épidémie viendrait à éclater cette année ci en Egypte est tout aussi urgente que les débats qui ont eu lieu jusqu'à présent. Une résolution à prendre à cet égard par la Conférence peut prochainement devenir très-importante pour la santé publique. D'ailleurs, ce ne serait que la conséquence logique de la proposition des MM les Délégués de France. Partant de ce point de vue, poursuit M. Krause, nous avons proposé d'entrer dans la discussion de cette question, question que nous avons formulée à titre d'amendement pour que la Conférence puisse s'en occuper immédiatement. Du reste, nous n'avons d'autre

but que d'attirer votre attention sur ce que nous venons de dire, et nous voulons seulement savoir si vous la considérez comme une question urgente qu'il importe de discuter séance tenante Quel que soit votre arrêté nous nous y soumettrons.

M. Sawas déclare qu'il considère l'amendement proposé par MM. les Délégués de Prusse, comme très-important. C'est une question, dit-il, qu'il importe, à cause de son extrême urgence, de mettre à l'ordre du jour.

M. Stenersen observe que même si la proposition de M. Mühlig peut-être regardée comme une proposition d'urgence, elle est en tout cas parfaitement distincte de la proposition française et ne peut pas, par conséquent, être présentée comme un amendement à celle-ci.

M. Fauvel fait observer que la proposition de MM. les Délégués de Prusse n'a aucun rapport avec les mesures proposées par les Délégués du Gouvernement français. Qu'on la présente comme une proposition distincte et la Conférence ne manquera pas de la prendre en considération; car la question en elle-même est très importante.

M Bartoletti pense que la question soulevée par M. Mühlig rentre dans les questions du programme.

Son Exc. le Président met aux voix la proposition suivante : Si la Conférence considère comme urgente la discussion de la question annoncée par M. Mühlig dans son amendement.

La Conférence se prononce négativement à la majorité de 15 voix contre 5.

A la suite de cet incident la Conférence décide de supprimer l'article 8.

Sa suppression est acceptée par MM. Noidans, Segovia, Monlau, de Lallemand, Fauvel, Bosi, Vernoni, Millingen Keun, Gomez, de Soveral, Hubsch, Stenersen, Bartoletti, Salih Efendi.

M. Stuart invite M. le Secrétaire à constater dans le procès-verbal que les Délégués de la Grande-Bretagne se sont abstenus de prendre part au vote des dispositions secondaires du projet français.

M. Bosi engage la Conférence à déclarer que la proposition française est acceptée dans ses détails, sauf les modifications qu'elle vient d'apporter aux dispositions secondaires dudit projet.

La Conférence, se prononçant dans ce sens, déclare adopter les mesures suivantes :

Mesures adoptées par la Conférence Sanitaire Internationale, dans les séances des 1er *et* 3 *mars* 1866, *pour le cas où le choléra se manifesterait cette année parmi les pèlerins réunis à la Mecque.*

1° DISPOSITION FONDAMENTALE.

La Conférence est d'avis que, en cas de choléra cette année *parmi les pèlerins*, il y aurait lieu d'interrompre momentanément, c'est-à-dire pendant la durée de l'épidémie, *toute communication maritime* entre les ports arabiques et le littoral égyptien, en laissant ouverte aux hadjis, pour leur retour en Egypte, la route de terre suivie par la caravane.

2° DISPOSITIONS SECONDAIRES CONCERNANT LA MISE A EXÉCUTION.

La Conférence est d'opinion que la mise à exécution de ladite mesure nécessiterait le concours :

1° De la commission sanitaire ottomane envoyée dans le Hedjaz, qui signalerait l'état sanitaire parmi les pèlerins ;

2° De quelques navires de guerre pour interrompre les communications maritimes ;

Et 3° d'une surveillance organisée sur le littoral égyptien pour s'opposer au débarquement en cas d'infraction.

Cela étant, la Conférence estime qu'il pourrait être procédé à l'exécution de la manière suivante, sauf les modifications qui, *sans altérer le principe fondamental de la mesure*, seraient jugées propres à en faciliter l'application.

Art. 1er. En cas de manifestation du choléra parmi les pèlerins, les membres de la commission ottomane, assistés, au besoin, par d'autres médecins *commis ad hoc*, signaleraient le *fait* aux autorités locales ainsi qu'aux navires de guerre stationnés à Djeddah et à Yambo, et en expédieraient l'avis en Egypte.

Art. 2. Sur la déclaration des médecins sus-mentionnés, les autorités proclameraient l'interdiction, jusqu'à nouvel ordre, de tout embarquement et inviteraient les pèlerins à destination de l'Egypte à prendre la voie de terre.

Art. 3. En même temps les navires de guerre feraient, au besoin, éloigner des ports d'embarquement tous les bâtiments à vapeur ou à voiles

qui s'y trouveraient, et exerceraient une surveillance aussi exacte que possible à l'effet d'empêcher tout départ clandestin.

Art. 4. Sur l'avis reçu de la présence du choléra parmi les pèlerins, les autorités égyptiennes interdiraient l'entrée à toutes les provenances de la côte arabique à partir d'un point au sud de Djeddah qui serait déterminé, de plus elles assigneraient aux navires délinquants, après les avoir ravitaillés, s'il y avait lieu, une localité sur la côte arabique, Tor, par exemple où ils feraient quarantaine.

Cette quarantaine serait de 15 jours, les jours de traversée y compris, et dans le cas où le choléra viendrait à éclater à bord, le navire ne devrait entrer en libre pratique que 15 jours après le dernier cas constaté, et après une désinfection aussi complète que possible.

Art. 5. Quant à la caravane, elle devrait, selon l'usage, être arrêtée à plusieurs journées de marche de Suez : elle y serait visitée par une commission médicale et ne recevrait l'autorisation de pénétrer en Egypte que tout autant que son état sanitaire serait reconnu exempt de danger. Il serait à désirer que la caravane fût accompagnée par des médecins sanitaires *commissionnés ad hoc.*

Art. 6. Relativement aux pèlerins à destination de l'Inde ou d'autres pays au-delà de la mer-Rouge, le mieux serait de leur assigner un point particulier d'embarquement à plusieurs journées de marche au sud de Djeddah, à moins que les autorités ne jugeassent leur embarquement à Djeddah même exempt de péril.

Art. 7. L'interdiction de l'embarquement cesserait 15 jours après le dernier cas de choléra signalé dans les ports du Hedjaz.

Communication des vœux précédemment exprimés par la Conférence sera donnée à qui de droit par les délégués de chaque puissance représentée.

M de Lallemand demande à l'honorable Conférence de se prononcer, si elle entend faire imprimer séparément la proposition française telle qu'elle vient d'être amendée et modifiée.

La Conférence se prononce affirmativement.

La prochaine Séance aura lieu jeudi prochain, 8 mars, à 1 heure de l'après midi.

Ordre du jour de la prochaine Séance.

Lecture et discussion du rapport de la Commission chargée d'élaborer le programme des travaux de la Conférence.

La Séance est levée à 6 heures.

Le Président de la Conférenee.
SALIH.

Les Sécretaires
Dr NARANZI,—Bon de COLLONGUE.

ANNEXE AU PROCÈS-VERBAL N° 6.

MESURES

Adoptées par la Conférence Sanitaire Internationale, dans les séances des 1^er^ et 3 mars 1866, pour le cas où le choléra se manifesterait cette année parmi les pèlerins réunis à la Mecque.

1° DISPOSITION FONDAMENTALE.

La Conférence est d'avis que, en cas de choléra cette année *parmi les pèlerins*, il y aurait lieu d'interrompre momentanément, c'est-à-dire pendant la durée de l'épidémie, *toute communication maritime* entre les ports arabiques et le littoral égyptien, en laissant ouverte aux hadjis, pour leur retour en Egypte, la route de terre suivie par la caravane.

2° DISPOSITIONS SECONDAIRES CONCERNANT LA MISE A EXÉCUTION.

La Conférence est d'opinion que la mise à exécution de ladite mesure nécessiterait le concours :

1° De la commission sanitaire ottomane envoyée dans le Hédjaz, qui signalerait l'état sanitaire parmi les pèlerins ;

2° De quelques navires de guerre pour interrompre les communications maritimes ;

Et 3° d'une surveillance organisée sur le littoral égyptien pour s'opposer au débarquement en cas d'infraction.

Cela étant, la Conférence estime qu'il pourrait être procédé à l'exécu-

tion de la manière suivante, sauf les modifications qui, *sans altérer le principe fondamental de la mesure*, seraient jugées propres à en faciliter l'application.

Art. 1er. En cas de manifestation du choléra parmi les pèlerins les membres de la commission ottomane assistés, au besoin, par d'autres médecins *commis ad hoc*, signaleraient le *fait* aux autorités locales ainsi qu'aux navires de guerre stationnés à Djeddah et à Yambo, et en expédieraient l'avis en Egypte.

Art. 2 Sur la déclaration des médecins sus-mentionnés les autorités proclameraient l'interdiction, jusqu'à nouvel ordre, de tout embarquement et inviteraient les pèlerins à destination de l'Egypte à prendre la voie de terre.

Art. 3. En même temps les navires de guerre feraient, au besoin, éloigner des ports d'embarquement tous les bâtiments à vapeur ou à voiles qui s'y trouveraient, et exerceraient une surveillance aussi exacte que possible à l'effet d'empêcher tout départ clandestin.

Art. 4. Sur l'avis reçu de la présence du choléra parmi les pèlerins, les autorités égyptiennes interdiraient l'entrée à toutes les provenances de la côte arabique à partir d'un point au sud de Djeddah qui serait déterminé, de plus elles assigneraient aux navires délinquants, après les avoir ravitaillés, s'il y avait lieu, une localité sur la côte arabique, Tor, par exemple où ils feraient quarantaine.

Cette quarantaine serait de 15 jours, les jours de traversée y compris, et dans le cas où le choléra viendrait à éclater à bord, le navire ne devrait entrer en libre pratique que 15 jours après le dernier cas constaté, et après une désinfection aussi complète que possible.

Art. 5. Quant à la caravane, elle devrait, selon l'usage, être arrêtée à plusieurs journées de marche de Suez : elle y serait visitée par une commission médicale et ne recevrait l'autorisation de pénétrer en Egypte que tout autant que son état sanitaire serait reconnu exempt de danger. Il serait à désirer que la caravane fut accompagnée par des médecins sanitaires *commissionnés ad hoc*.

Art. 6. Relativement aux pèlerins à destination de l'Inde ou d'autres pays au-delà de la mer-Rouge, le mieux serait de leur assigner un point particulier d'embarquement à plusieurs journées de marche au sud de Djeddah, à moins que les autorités ne jugent leur embarquement à Djeddah même exempt de péril.

Art. 7. L'interdiction de l'embarquement cesserait 15 jours après le dernier cas de choléra signalé dans les ports du Hedjaz.

Communication des vœux précédemment exprimés par la Conférence sera donnée à qui de droit par les délégués de chaque puissance représentée.

Péra de Constantinople, Galata-Séraï, le 3 mars 1866.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Dr NARANZI.— Bon DE COLLONGUE.

N° 7.

SÉANCE DU 8 MARS 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 8 mars, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa septième séance, dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Etaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A. ;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien.

Pour la Belgique :

M. le comte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires ;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

L'Honorable M. W. Stuart, secrétaire de l'Ambassade de S. M. Britannique ;

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M Kalergi, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes ; (*siége pour la première fois.*)

Pour l'Italie :

M. Alexandre Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Professeur J. Van Geuns, (*siége pour la première fois*).

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

Mirza-Malkom-Khan, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur Sawas Efendi, inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio Gomez, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. H. de KRAUSE, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi de Prusse :

M. le Docteur MÜHLIG, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur LENZ, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur BYKOW, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna.

Pour la Suède et la Norwège :

M. OLUF STENERSEN, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron HÜBSCH ;

Pour la Turquie :

S. Exc SALIH EFFENDI, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur BARTOLETTI, inspecteur-général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(*Pour l'Egypte*) : le Docteur SALEM BEY, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S. A. le vice-roi d'Egypte, (*siége pour la première fois.*)

La séance est ouverte à une heure de l'après-midi.

M. le B^on^ de Collongue, l'un des secrétaires, donne lecture du procès-verbal de la 5^e^ séance.

Mirza Malkom Khan proteste de nouveau contre l'interruption du discours dont il avait commencé la lecture à ladite séance. C'est un droit et un devoir pour chacun des membres de la Conférence de faire connaître ses opinions, et plus que les autres les Délégués des puissances musulmanes devaient être écoutés avec attention lorsqu'il s'agissait des questions relatives au pèlerinage. En interrompant son discours, on l'a mis dans l'impossibilité de motiver l'opposition qu'il a dû faire à la proposition fran-

çaise; il se croit donc obligé de renouveler sa protestation et tient à ce qu'il en soit fait mention au procès-verbal.

Le procès verbal de la 5e séance est adopté.

M. le Dr Bartoletti présente quelques observations au sujet de la longueur des procès-verbaux. Tout en constatant leur exactitude, M le Délégué de Turquie propose qu'il leur soit donné une forme plus sommaire. Il n'est pas nécessaire d'y trouver la reproduction textuelle des discours et de la discussion, un résumé analytique suffirait et l'impression des procès-verbaux qu'il importe de pouvoir communiquer aussi promptement que possible aux Gouvernements représentés dans la Conférence, pourrait alors être plus rapide.

M. M. Stenersen et Sawas croient au contraire qu'il y aurait des inconvénients à abréger ainsi les procès-verbaux ; à la suite d'une conversation qui s'engage à ce sujet et à laquelle prennent part également MM : Segovia, Cte de Lallemand et Dr Fauvel, la Conférence décide qu'il n'y a pas lieu de modifier la forme que MM. les Secrétaires ont jusqu'à présent donnée à leurs compte-rendus.

L'incident vidé, M. le Dr Naranzi, l'un des secrétaires, donne lecture du procès-verbal de la 6e séance qui est adopté après quelques rectifications demandées par divers membres et faites séance tenante.

M. de Krause croit qu'il serait bon que MM. les Délégués qui ont déjà informé leurs gouvernements des résolutions adoptées dans les précédentes séances le fissent savoir à la Conférence ; il y aurait intérêt pour elle à être renseignée à cet égard, chacun étant libre d'ailleurs de ne pas répondre à une pareille question qui ne saurait évidemment être faite qu'à titre purement officieux.

M. M. le Cte de Lallemand, Vernoni et Segovia déclarent qu'ils ont immédiatement instruit leurs Gouvernements respectifs des décisions prises. M. de Krause annonce qu'il les a également télégraphiées à Berlin.

M. le Dr. Sawas et M. Stenersen ayant réclamé contre la motion de M. de Krause, motion qui leur parait irrégulière et contraire aux principes admis lors de la discussion qui a suivi la déclaration faite par S. Exc. Salih Effendi à la 5e séance, M. le Délégué de Prusse demande que le procès-verbal constate le soin qu'il avait eu de donner à sa démarche un caractère officieux excluant toute idée de sa part d'empiéter sur le terrain de la politique.

M. le Président donne la parole à M. le Dr. Mühlig, secrétaire de la Commission chargée de préparer un projet de programme, lequel lit le rapport annexé au présent procès-verbal.

M. le Dr Baron Hübsch voit deux questions bien distinctes dans cet exposé succinct et méthodique de la marche que devra suivre la Conférence, une question purement médicale et une question pour ainsi dire mixte. Il propose que la question médicale soit exclusivement traitée par les médecins et que M. M. les Diplomates ne soient appelés à prendre part qu'aux travaux qui nécessitent leur concours, c'est à-dire à la discussion des modes d'application. M. le Bon Hübsch propose, d'autre part, que, vû l'étendue des questions médicales, ce ne soit pas une Commission de onze membres, mais bien tous les médecins faisant partie de la Conférence qui soient chargés de les résoudre.

Répondant, enfin, d'avance à l'objection qui pourrait être faite qu'il sera peut-être difficile de réunir aussi souvent qu'il le faudra autant de membres à la fois, M. le Délégué de Suède et de Norwège émet l'avis que cette Commission Générale n'aura besoin que d'une seule séance uniquement consacrée à la nomination de sous-Commissions composées de quelques membres seulement qui pourront facilement s'entendre entre eux. Il ne serait pas juste que tout le poids des travaux retombât sur quelques membres pendant que les autres resteraient oisifs ; la tâche est lourde et plus il y aura de travailleurs, plus il y aura de chances d'arriver promptement au but à atteindre.

M. le Dr Mühlig explique qu'on a préféré proposer la nomination d'une seule commission et ne pas préciser si elle devrait être uniquement composée de médecins parce que, si M. le Bon Hübsch et quelques autres ont demandé qu'il en fût ainsi, d'autres membres se sont élevés contre l'exclusion de l'élément diplomatique. Pour ce qui est du nombre, la Conférence est libre de modifier celui de onze si elle le juge à propos.

S. Exc. Salih Effendi pense que les médecins seuls devraient faire partie de la commission.

M. Segovia réclame contre le principe de l'exclusion de l'élément diplomatique. Tout ce que la Conférence est appelée à discuter scientifiquement doit être plus tard appliqué ; les questions d'application sont de l'ordre administratif et elles ont de plus un caractère international puisqu'elles de-

vront ensuite être traitées de peuple à peuple, le concours de la partie diplomatique est donc indispensable.

M. le C^te^ de Lallemand partage cette manière de voir : il n'est pas absolument nécessaire au surplus d'avoir des connaissances spéciales pour prendre part utilement à la discussion de quelques-unes des matières qui seront soumises à la Commission. L'élément diplomatique devrait y être représenté ne fût-ce que par un seul membre.

M. le D^r^ Fauvel fait remarquer que cette discussion n'est pas à sa place. Avant de s'occuper de la formation de la Commission, il serait rationnel de discuter d'abord le programme qui devra être la base de ses travaux.

La Conférence ayant reconnu la justesse de cette observation, M. le Président déclare la discussion ouverte sur l'ensemble du projet de programme.

M. le D^r^ Monlau reproduit une observation déjà faite par lui au sein de la Commission. Le but de la Conférence étant avant tout pratique, à savoir de prendre des mesures contre les invasions du choléra, M. le Délégué d'Espagne aurait voulu qu'on divisât le programme ainsi qu'il suit : mesures contre l'origine, mesures contre la transmission et enfin, point qui est très-important et sur lequel le projet de programme n'appuie peut-être pas suffisamment, mesures après l'invasion. Il n'insiste pas du reste, ce qu'il aura à dire à ce sujet devant trouver sa place lorsqu'on discutera le 3^e^ groupe, de *la Préservation*, qui est l'essentiel et à propos duquel on pourrait traiter accessoirement les questions théoriques indispensables.

M. le D^r^ Gomez, après avoir donné son approbation à l'ensemble du projet de programme ainsi qu'à sa division en deux parties, l'une étiologique et l'autre préventive, constate, à cette occasion, la différence importante qui existe entre l'idée première de la présente Conférence et celle qui avait présidé à la réunion des autres Conférences Sanitaires qui l'ont précédée ; en 1851 et en 1859, on n'avait d'autre but que de conclure une convention qui mît chaque état individuellement à même de se prémunir contre les invasions du choléra ; aujourd'hui on envisage les choses à un point de vue plus général et plus philosophique, on veut combattre le fléau dans les pays mêmes où il prend naissance ou tout au moins l'arrêter dans sa marche aussi près que

possible de son foyer originel. Le rôle de la Conférence est évidemment de rechercher quelles sont les meilleures mesures préventives qu'on puisse opposer à la maladie, mais pour y parvenir, elle doit forcément s'occuper de la partie étiologique, celle de l'origine et de la propagation. Il faudra cependant éviter les longues discussions et seulement s'appuyer sur les principes les plus généralement acceptables. M. le Dr Gomez pense qu'il n'est pas nécessaire de descendre à la discussion du programme article par article : quant à la Commission qui devra être nommée, il croit qu'elle ne doit comprendre que des médecins. Il ne s'agit pas d'écarter l'élément Diplomatique, mais à chacun sa tâche, MM. les médecins prépareront le travail et c'est seulement après, c'est-à-dire dans la discussion des questions d'application, que MM. les diplomates pourront utilement intervenir.

M. le Prof[r] Bosi, revenant sur l'observation précédemment faite par M. le Dr Monlau, fait remarquer que la question : *y a-t-il des moyens d'étouffer les foyers dûs à l'importation*, qui figure au 3e Groupe, comporte l'étude des mesures à prendre là où le choléra a réussi à pénétrer.

La Conférence décide ensuite, sur la proposition de M. le Cte de Lallemand, qu'elle prendra pour base de ses travaux l'ensemble du projet de programme tel qu'il a été préparé par la Commission.

La discussion ayant, en conséquence, été ouverte sur le 1er groupe : *de l'origine et de la genèse du choléra*, M. le Dr Fauvel observe que la dernière question de ce groupe : *comment faut-il comprendre l'immunité dont quelques localités paraissent jouir vis à-vis du choléra ?* n'a rien à faire avec la genèse de la maladie. Il demande donc qu'elle soit reportée au 2d groupe: *de la transmissibilité et de la propagation*, où elle serait plus à sa place.

La Conférence approuve cette transposition.

M. le Prof[r] Van Geuns ayant, de son côté, exprimé l'opinion qu'il y aurait lieu d'intervertir l'ordre des premières questions, M. le Dr Mühlig observe que la Commission ne prétend pas qu'il doive être répondu aux questions dans l'ordre même où elles ont été posées ; l'admission de ce principe pourrait rendre nécessaires un assez grand nombre de transpositions.

M. le Dr Monlau ajoute que la Commission a expressément dit qu'elle n'entendait pas poser des limites aux études de la Conférence. Le projet de programme est une sorte de table des matières, rien de plus.

M. le Dr Maccas se demande ce qu'on gagnera, d'ailleurs, à de simples transpositions ; il peut y avoir intérêt à ce que de nouvelles questions soient ajoutées au programme ; en ce qui concerne l'ordre, ce sera l'affaire de la Commission qui sera libre de le modifier comme elle l'entendra.

M. le Dr Fauvel trouve cette observation d'autant plus fondée que les deux premiers groupes de questions doivent, dans l'esprit de la Commission, être discutés simultanément.

M. le Dr Goodeve croit que la Commission doit non seulement avoir le droit de modifier l'ordre des questions, mais aussi d'ajouter celles que bon lui semblera. Beaucoup des questions posées ne pouvant d'ailleurs, dans l'état de la science, obtenir de solution, il serait difficile pour la Commission de s'astreindre à répondre question par question.

M. le Dr Bartoletti pense aussi que cela doit être entendu ainsi.

Le 1er groupe du programme est mis aux voix et adopté.

M. le Profr Van Geuns demande, à propos du 2e groupe : *de la transmissibilité et de la propagation*, si l'aperçu général de la marche et du mode de propagation du choléra en 1865 dont il y est parlé, devra être une histoire détaillée de l'épidémie dans toutes les contrées où elle a successivement étendu ses ravages, ou en orient seulement.

M. le Dr Goodeve, qui a insisté au sein de la Commission sur l'utilité d'un pareil travail et à qui M. le Dr Mühlig laisse en conséquence le soin de répondre, explique que la dernière épidémie a présenté des caractères plus nets et plus précis que celles qui l'ont prédédée ; que l'historique qui en sera fait pourra dès lors contribuer efficacement à fixer l'opinion publique sur la question de la transmissibilité du choléra ; que ce sera, enfin, la justification des mesures adoptées par la Conférence. Il faudrait que cette enquête ne se bornât pas à l'orient, les renseignements que possèdent sans doute tous les membres de la Conférence permettraient de l'étendre aux divers pays que le choléra a visités en 1865.

M. le Dr Bykow observe qu'il n'y a pas que dans la dernière épidémie qu'on puisse trouver la preuve de la transmissibilité du choléra. Il vaudrait mieux, dans l'opinion de M. le Délégué de Russie, produire, à l'appui de cette propriété de la maladie, des faits concluants empruntés aux épidémies de 1831 et de 1847 que de tracer un aperçu historique de l'épidémie de 1865, travail pour l'accomplissement duquel on

ne possède pas encore tous les matériaux nécessaires. On a dit que cette dernière épidémie fournirait la preuve de l'importabilité du choléra par la voie de mer, mais cette preuve ne la possédait-on pas déjà, les épidémies précitées de 1831 et de 1847 n'avaient-elles pas traversé la Méditerranée et même franchi l'Atlantique pour gagner l'Amérique ?

M. le Dr Mühlig répond que tous les faits qui se rattachent à l'histoire des précédentes épidémies pourront être produits lors de la discussion du 2e groupe ; les faits observés en 1865 n'ayant pas encore été enregistrés par la science, il était utile de le faire d'une manière spéciale.

M. le Dr Sawas fait remarquer, de son côté, que la 2e question du deuxième groupe : *y a-t-il des faits concluants qui nous forceraient d'admettre que le choléra puisse se propager par certains états atmosphériques, etc.* fournira l'occasion de parler des anciennes épidémies. Avant 1865, tous le corps médical de Constantinople était, sauf de rares exceptions, anticontagioniste ; la dernière épidémie ayant modifié ses idées à cet égard, l'aperçu prévu dans le projet de programme permettra d'apprécier les causes de cette conversion, cela seul suffirait pour qu'il offrît de l'intérêt.

M. le Dr Fauvel propose l'addition au deuxième groupe d'une question qui pourrait être ainsi formulée :

Des faits précédemment constatés et qui se rattachent à la transmissibilité et à la propagation du choléra, peut-on déduire quelque chose de précis sur le principe générateur de la maladie, ou tout au moins sur les conditions de sa pénétration dans l'organisme, sur les voies par lesquelles il s'en échappe, sur le milieu qui lui sert de véhicule, sur le temps pendant lequel il conserve son activité morbifique, en un mot, sur tous les attributs dont la connaissance importe à la prophylaxie ?

Il serait, d'après M. Fauvel, fort à désirer que ces questions pussent être résolues. On y trouverait, au point de vue pratique, des enseignements qui faciliteraient singulièrement l'étude d'un grand nombre de questions, celle de la durée des quarantaines par exemple.

M. le Dr Mühlig explique que la Commission s'est attachée à écarter tout ce qui pourrait donner lieu à des discussions théoriques, cependant il croit et M. le Dr Bartoletti partage cette opinion, qu'il conviendrait, en effet, d'ajouter au programme la question proposée par M. le Dr Fauvel.

Ce dernier répond qu'il n'est pas absolument nécessaire de faire cette addition ; il lui suffit d'avoir attiré l'attention de la Conférence sur un point qui lui paraît avoir une grande importance et dont la Commission aura à tenir compte.

M. le Dr Fauvel propose ensuite d'ajouter dans la seconde partie de la 4e question commençant ainsi : *l'arrivée d'un seul individu affecté de diarrhée, etc*, ces mots: *et venant d'un foyer cholérique*.

Cette addition est approuvée par la Conférence qui adopte le deuxième groupe ainsi modifié.

Mirza-Malkom-Khan, à propos des mots : *Police Sanitaire du pèlerinage, routes à fixer aux pèlerins* qui se trouvent dans le troisième groupe, fait remarquer qu'il ne peut être question que de conseils à donner aux pèlerins. Les Délégués de la Perse n'admettent pas que la Conférence puisse avoir la prétention de règlementer le pèlerinage.

M. le Dr Bykow considère comme inutile la question : *quelles mesures convient-il de prendre dans le cas où le choléra menace d'une invasion soit par la voie de terre, soit par la voie de mer*? Cela rentre dans les mesures préventives et restrictives dont il est parlé au commencement du troisième groupe, ou plutôt le troisième groupe tout entier n'est autre chose qu'une sorte de réponse à cette question.

M. le Dr Mühlig objecte que ce n'est cependant qu'après que tout ce qui précède la question dont il s'agit aura été discuté qu'il sera possible de se prononcer sur les meilleures mesures de précaution à prendre selon que c'est par terre ou par mer qu'on est menacé du choléra.

M. le Cher Pinto de Soveral trouve que la question scientifique de *l'incubation* n'est pas à sa place dans le troisième groupe qui traite presque exclusivement des mesures administratives à prendre.

M. le Dr Mühlig pense que la question de l'incubation est inséparable de celle des quarantaines ; cependant il ne voit pas d'inconvénient à la reporter dans le deuxième groupe.

M. le Dr Goodeve et, avec lui, MM. les Drs Sawas et Bartoletti, croient que les mots : *routes à tracer aux pèlerins* devraient être supprimés. Après une courte conversation à laquelle prennent part MM. le Dr Mühlig, Segovia et Cte de Lallemand, la Conférence, consultée par M. le Président, se prononce en faveur de la suppression demandée.

Le troisième groupe ainsi amendé est adopté.

Il en est de même du quatrième qui ne donne lieu à aucune observation.

La discussion reprend alors sur la manière dont la Commission devra être composée.

M. le Dr Bon Hübsch renouvelle la motion qu'il a introduite au début de la séance.

M. Segovia et M. le Cte de Lallemand insistent pour que l'élément diplomatique soit représenté dans la Commission : à côté des questions purement scientifiques et médicales, il y a toujours des questions de fait sur lesquelles tout le monde peut avoir une opinion. Les tribunaux ne sont-ils pas tous les jours appelés à se prononcer sur des matières scientifiques.

M. le Dr Moulau fait remarquer, de son côté, que MM. les Diplomates peuvent apporter à la discussion des faits intéressants qu'il se sont trouvés à même d'observer.

M. le Dr Mühlig répond que pour bien apprécier les faits, il faut déjà posséder certaines connaissances préalables. Il n'est, d'ailleurs, question que des deux premiers groupes du programme qui sont essentiellement scientifiques. MM. les Diplomates ne sont pas écartés, ils auront à intervenir utilement dans la discussion du 3e et du 4e groupe. Enfin, le travail de la Commission ne sera pas définitif, elle n'a d'autre mission que de présenter un rapport qui sera ensuite discuté par la Conférence.

M. le Chr Pinto de Soveral et M. le Prof. Van Geuns parlent dans le même sens. Ce dernier ajoute que si, comme on l'a dit, les tribunaux sont quelquefois appelés à trancher des questions de l'ordre scientifique, leurs décisions s'appuient toujours sur des rapports demandés à des hommes spéciaux. Les médecins seront les experts de la Conférence.

M. le Dr Fauvel appuie : La Commission est uniquement chargée de la partie technique, elle se bornera à réunir les matériaux dont la Conférence a besoin pour se prononcer en connaissance de cause.

M. le Président propose que la Commission soit composée de treize médecins et qu'on leur adjoigne trois Diplomates ; on pourrait choisir MM : le Cte de Noidans, Segovia et Cte de Lallemand.

M. Segovia refuse à cause de l'état de sa santé et aussi pour ne pas s'exposer au reproche de n'avoir parlé que dans un but d'intérêt personnel.

M. le Cte de Lallemand dit, à son tour, qu'il veut bien faire partie de la Commission, mais à la condition de ne pas y prendre la place d'un hom-

me de la science. La Commission pourrait, ainsi que l'a proposé M. le B^{on} Hübsch, être composée de tous les médecins siégeant dans la Conférence et, en outre, de trois Diplomates.

M le D^{r} Goodeve et M. de Krause approuvent cette combinaison. M. le D^{r} Goodeve pense que les trois Diplomates devraient être ceux qui ont été indiqués par S. Exc. Salih Effendi.

M. le Ch^{er} Pinto de Soveral demande qu'on nomme aussi la Commission qui devra s'occuper du 3^{e} groupe.

M. le D^{r} Fauvel fait observer qu'on ne peut aborder l'étude du 3^{e} groupe que lorsqu'on en aura fini avec les deux premiers dont il est la conséquence; tous les médecins faisant du reste partie de la première Commission, il leur serait impossible de prendre part aux travaux de la seconde.

La proposition de M. le B^{on} Hübsch, amendée par M. le C^{te} de Lallemand, est ensuite mise aux voix et adoptée à l'unanimité moins une voix, celle de M. Segovia qui s'abstient. Il est donc décidé que la Commission qui aura à rechercher la solution à donner aux questions comprises dans les deux premiers groupes du programme sera composée de tous les médecins et, en outre, de MM. le C^{te} de Noidans, Segovia et C^{te} de Lallemand.

M. Segovia consent, sur les instances de S. Exc. Salih Effendi, à revenir sur son refus d'en faire partie.

Liberté est laissée à la Commission de se diviser, s'il y a lieu, en sous-Commissions.

La Conférence s'ajourne ensuite sans époque fixe, son Président se réservant de la convoquer aussitôt que le rapport de la Commission sera prêt à lui être soumis.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
B^{on} DE COLLONGUE —D^{r} NARANZI.

ANNEXE AU PROCÈS-VERBAL N° 7

RAPPORT

Sur un projet de Programme des travaux de la Conférence, fait au nom d'une Commission composée de MM: le Dr. Sotto, Dr. Monlau, C^te^ de Lallemand, vice-président, Dr. Goodeve, Vernoni, Mirza-Malkom-Khan, Dr. Mühlig, Dr. Pélikan et Salih effendi, président.

(Par M. le Dr Mühlig, secrétaire-rapporteur.)

Messieurs et très honorés Collègues,

En soumettant à votre appréciation le programme des travaux dont la Conférence aura à s'occuper successivement, la Commission à laquelle vous avez déféré ce mandat croit devoir exposer avant tout les principes qu'elle a suivis; vous conviendrez que le but de nos travaux a un caractère tout-à-fait pratique, c'est-à-dire de proposer les moyens les plus propres à prévenir, s'il est possible, les invasions périodiques du choléra asiatique; nous aurons donc à examiner comment on pourrait étouffer le fléau à son origine, comment on pourrait l'arrêter dans sa marche; cette partie de nos travaux comprendra nécessairement l'examen du système actuellement en vigueur, ainsi que l'étude des nouvelles mesures à proposer dans l'avenir. Mais vous comprenez bien, Messieurs, que ces études pratiques ne peuvent être faites avec quelques chances de succès, si nous ne nous formons pas préalablement des opinions nettes sur la maladie contre laquelle nous sommes appelés à prendre des mesures; ainsi, avant d'aborder la partie pratique de la question, nous devons nous occuper

d'abord de certaines questions préliminaires et d'une nature plus spécialement médicale, savoir celle de l'origine et du mode de propagation du choléra ; il s'agirait ici surtout de bien établir en quoi consistent nos connaissances positives sur le sujet en question, en abandonnant à l'étude des corps savants tout ce qui est étranger au but pratique de la conférence.

Ce qui précède nous mène tout naturellement à diviser nos travaux en trois grands groupes : le premier comprendrait la question de l'origine et de la génèse du choléra, le second celle de sa transmissibilité et de sa propagation et le troisième, enfin, la question qui est pour nous la plus importante, celle de la préservation. Chacun de ces groupes suscitera un certain nombre de questions qui devront plus particulièrement attirer votre attention et que nous allons vous soumettre, non pas dans le but de poser des limites aux études de la Conférence, mais uniquement pour y mettre l'ordre indispensable pour arriver d'une manière sûre et prompte à un résultat pratique. La Commission ne se dissimule pas que dans l'état actuel de nos connaissances, plusieurs des questions que nous allons poser ne pourront très-probablement recevoir de solution tout-à-fait satisfaisante ; cependant un résultat même négatif aura sa valeur au point de vue pratique, en ce sens qu'il nous permettra d'éviter un terrain peu solide et de poser les fondements de notre édifice sur une base plus sûre. Il serait peut-être opportun d'ajouter à ces trois groupes un quatrième, dans lequel on considérerait l'application pratique des mesures adoptées par la conférence internationale.

Nous vous exposerons maintenant le détail de notre programme.

1er GROUPE. — *De l'origine et de la génèse du choléra.*

Ce groupe comprend les questions suivantes :

Le choléra épidémique se développe-t-il spontanément, sous certaines conditions, dans nos pays, ou est-il toujours importé du dehors ?

Quelles sont les contrées dans lesquelles on a pu constater d'une manière inconstestable la génèse du choléra ?

Le choléra règne-t-il toujours aux Indes ou seulement à certaines époques et pendant certaines périodes de l'année, se montre-t-il avec plus de violence à certaines saisons qu'à d'autres ?

Y a-t-il aux Indes certaines localités qui aient le privilége exclusif d'en-

gendrer le choléra ou qui soient du moins particulièrement favorables à son développement ?

Connaissons-nous les causes par le concours desquelles le choléra naît spontanément aux Indes ou dans toute autre localité, ainsi que les circonstances qui lui font périodiquement revêtir la forme épidémique ?

Y a-t-il dans le Hedjaz un foyer originel de choléra, permanent ou périodique; en cas d'affirmative, sous quelles conditions se développe-t-il ?

N'y a-t-il pas lieu de craindre que le choléra ne vienne à s'acclimater dans nos contrées ?

Comment faut-il comprendre l'immunité dont quelques localités paraissent jouir vis-à-vis du choléra ?

2e GROUPE. — *De la transmissibilité et de la propagation du choléra.*

La transmissibilité du choléra est-elle aujourd'hui prouvée par des faits qui n'admettent aucune autre interprétation ; quels sont, dans cette hypothèse, les faits principaux qui la prouvent?

Y a-t-il des faits concluants qui nous forceraient d'admettre que le choléra puisse se propager par certains états atmosphériques, par exemple, par les vents, par les proportions de l'ozone dans le milieu ambiant, etc , ou bien certaines vicissitudes cosmo-telluriques favorisent-elles seulement sa propagation ?

Les diverses épidémies qui ont parcouru le monde depuis 1817 présentent-elles certains traits communs dans leur progression, ou certaines différences en rapport avec les conditions différentes sous lesquelles se sont présentées successivement les voies de communication et les transactions commerciales ?

Est-ce l'homme provenant d'un lieu infecté du choléra qui importe la maladie dans des lieux qui en sont encore indemnes, et, dans ce cas, dans quelles conditions de santé doit-il se trouver pour pouvoir importer la maladie ? L'arrivée d'un seul individu affecté de diarrhée suffit-elle pour donner lieu au développement de l'épidémie ?

Le choléra peut-il être importé par des effets, par des marchandises etc., et dans quelles circonstances ?

Transmission du choléra par les eaux, par les lieux d'aisance, par les égouts, par les cadavres etc.; importance des déjections.

Quelle différence observe t-on dans le mode de propagation du choléra

selon les différentes voies de communication soit par terre, soit par mer, par exemple, les grandes routes, les fleuves, les voies ferrées, les chemins à travers le désert, les bateaux à vapeur, à voiles, etc. ?

N'est-il pas possible et même probable que, depuis que le trafic avec les Indes a pris en grande partie la voie de mer par suite du développement de la navigation à vapeur, les invasions du choléra par la voie de terre deviennent plus rares, tandis que le danger augmente du côté de la mer?

Quand un foyer s'est développé à bord d'un navire, quelles particularités présente-il, quelle en est la durée probable et la ténacité ?

Les agglomérations de grandes masses d'hommes, comme par exemple les foires, les mouvements de troupes, le pèlerinage etc., ne facilitent-ils pas singulièrement la propagation du choléra et de quelle manière?

Quel est le rôle qui revient au pèlerinage de la Mecque dans les épidémies cholériques qui se sont succédées jusqu'à nos jours ?

Influence excercée sur la violence des épidémies cholériques par les conditions hygiéniques d'une localité.

Aperçu genéral de la marche et du mode de propagation du choléra pendant l'épidémie de 1865.

3e GROUPE. — *Préservation.*

a. Moyens préventifs.

Y a-t-il des moyens préventifs qui permettraient d'éteindre les foyers originels du choléra dans les Indes ; y a-t-il des moyens d'étouffer les foyers dûs à l'importation ?

Y a-t-il des mesures d'hygiène privée et publique, des mesures d'assainissement applicables sur une échelle assez vaste pour qu'elles puissent détruire ou amoindrir à un degré sensible la prédisposition à l'infection cholérique ? Assainissement des ports. Mode d'ensevelissement et sépulture des cadavres.

b. Moyens restrictifs.

Ne faut-il pas partir du principe fondamental que plus ces moyens sont appliqués près du foyer primitif, plus on peut compter sur leur efficacité?

Quelle est l'utilité des cordons sanitaires, où et comment les appliquer?

Interruption temporaire des communications avec les lieux infectés, interdiction des émigrations, des foires, etc.

Quels sont les enseignements de l'expérience relativement aux systèmes

quarantenaires actuellement en vigueur dans les divers pays contre les invasions du choléra; pourrait-on espérer plus de succès de quarantaines établies sur une autre base?

Question de l'incubation du choléra ; quelle en est la portée dans la question des quarantaines proposées contre le choléra?

Ne faut-il pas choisir, pour les établissements quarantenaires, certains lieux déterminés et éloignés des centres de population et des voies de communication ?

Différence à établir entre la quarantaine d'observation et la quarantaine de rigueur, en fixer la durée ; quelle distinction faut-il établir sous ce rapport entre les personnes, leurs effets, les marchandises et les navires, selon qu'il y a eu ou non des accidents cholériques à bord ? entre l'équipage et les passagers ?

Les jours de traversée doivent-ils être comptés comme jours de quarantaine et dans quels cas ?

Patente brute, patente suspecte et patente nette dans son application au choléra.

Quelles sont, au point de vue de l'hygiène publique les garanties à exiger pour les lazarets et pour les hôpitaux de cholériques en général ?

Désinfection des navires, des habitations, des effets, etc.

Attributions et devoirs des médecins sanitaires.

Ne faut-il pas établir comme règle que les pèlerins arrivant des Indes ou de tout autre pays où le choléra règne, devront toujours purger une quarantaine d'observation, et, s'il y a lieu, de rigueur, dans un lieu déterminé du littoral arabique, avant qu'il leur soit permis de se rendre au rendez-vous général des pèlerins à la Mecque ?

Police sanitaire du pèlerinage ; routes à tracer aux pèlerins.

Y a-t-il lieu d'appliquer les mesures quarantenaires aux provenances des Indes Orientales en général ; dans quelles circonstances et dans quelle mesure ?

Quelles mesures convient-il de prendre dans le cas où le choléra menace d'une invasion soit par la voie de terre, soit par la voie de mer?

Question des postes d'observation de médecins sanitaires, par exemple à Djeddah, Yambo, Suez, Alexandrie, en Perse, etc.

Si l'on pèse, d'un côté, les inconvénients qui résultent pour le commerce des mesures restrictives et, de l'autre, la perturbation qui frappe l'indus-

trie et les transactions commerciales à la suite d'une invasion du choléra, de quel côté croit-on que pencherait la balance?

4e GROUPE.

Quelle forme définitive la conférence devra-t-elle donner aux résolutions qu'elle aura adoptées?

La solution des questions comprises dans le premier et dans le second groupe de notre programme étant indispensable pour que la Conférence puisse aborder la grande tâche qui lui incombe, votre commission vient vous proposer en conclusion, Messieurs, de nommer une commission de onze membres qui se constituerait en sous-commissions, afin d'étudier ces questions et de vous soumettre le résultat de ses investigations dans le plus bref délai possible.

Dr SOTTO, Dr MONLAU, A. DE LALLEMAND, Dr GOODEVE, A. VERNONI, MIRZA-MALKOM-KHAN, Dr PELIKAN, SALIH *président*, Dr MÜHLIG, *secrétaire-rapporteur*.

N° 8.

SÉANCE DU 3 MAI 1866.

PRÉSIDENCE DE M. LE COMTE DE LALLEMAND.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 3 mai, à une heure et demie de l'après-midi, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa huitième séance, dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Etaient présents :

Pour l'Autriche :

M. VETSERA, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur SOTTO, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien.

M. le Docteur POLAK, ancien archiatre de S. M. le Schah de Perse, y siégeant pour la première fois.

Pour la Belgique :

M. le comte de NOIDANS, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour le Danemarck :

M. le chevalier de DUMREICHER, consul-général et agent diplomatique à Alexandrie, (y siégeant pour la première fois.)

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria SEGOVIA, consul général, chargé d'affaires ;

M. le Docteur MONLAU, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

Sa Grandeur Monseigneur BRUNONI, vicaire apostolique, } (y siégeant pour
M. le Docteur IGNACE SPADARO. } la première fois.)

Pour la France :

M. le comte de LALLEMAND, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur FAUVEL, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

L'Honorable M. W. STUART, secrétaire de l'Ambassade de S. M. Britannique ;

M. le Docteur GOODEVE, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. DICKSON, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M. KALERGI, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

Pour l'Italie :

M. A. VERNONI, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur FRÉDÉRIC BOSI ;

M. le Docteur G. SALVATORI, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. KEUN, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Professeur J. VAN GEUNS ;

Pour la Perse :

MIRZA-MALKOM-KHAN, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur Sawas Efendi, inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio Gomez, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. H. de Krause, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi de Prusse :

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Lenz, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna.

Pour la Suède et la Norwège :

M. Oluf Stenersen, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur-général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(*Pour l'Egypte*) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S. A. le vice-roi d'Egypte ;

Sur la proposition de M. le Dr Bartoletti, la Conférence engage M. le Cte de Lallemand à occuper le fauteuil présidentiel, étant probable, dit M. Bartoletti, que S. E. Salih Efendi n'assiste pas à la séance à cause d'un incendie qui s'est déclaré dans un quartier avoisinant sa maison.

M. le Cte de Lallemand, après avoir remercié, donne la parole à M. le

B^on^ de Colongue, l'un des secrétaires, pour donner lecture du procès-verbal de la séance du 8 mars.

Le procès-verbal de la septième séance est adopté.

Après l'adoption du procès-verbal, plusieurs Délégués demandent la parole pour rectifier certains passages des procès-verbaux portant les N^os^ 3, 5 et 6.

M. Fauvel a le premier la parole. Il appelle l'attention de la Conférence sur le 5^me^ procès-verbal à propos duquel il fait les remarques suivantes :

La Conférence se souvient, dit M. Fauvel, qu'une partie du 5^me^ procès-verbal n'avait pas été lue pour la raison qu'on reproduisait le discours de M. Sawas, tel qu'il l'avait remis par écrit à M. le secrétaire. En parcourant le susdit procès-verbal imprimé, j'ai été très étonné, continue M. Fauvel, d'y trouver un passage que M. Sawas s'était engagé, à la suite de mes observations, de supprimer, et ce qui plus est, de trouver, dans un autre endroit du discours de M. Sawas, tout un passage qu'il n'avait pas prononcé. Je suis bien loin, ajoute M. Fauvel, de soupçonner M. Sawas de mauvaise intention, et je crois tout simplement qu'il y a eu erreur dans l'insertion de ces passages.

M. Fauvel demande, en conséquence, qu'on supprime, conformément à la décision de la Conférence à laquelle M. Sawas lui-même s'était soumis, tout le passage contenu dans la 15^e^ page du 5^e^ procès-verbal où M. Sawas lui prête des paroles qu'il n'avait pas prononcées dans son discours.

M. Fauvel fait allusion au paragraphe suivant dont il donne lecture. A page 15, au commencement du discours de M. Sawas, il est dit : « Nous avons repoussé, poursuit M. Fauvel, tous les autres moyens qu'on pouvait proposer et ceci a été fait pour prouver que tout a été étudié. En d'autres termes, il déclare que son projet n'a pas été présenté pour être discuté, que ses auteurs ont la décision arrêtée d'avance de repousser tout amendement, toute modification possible, que c'est un projet à admettre tel quel, à prendre ou à laisser. »

Dans la seconde partie, poursuit M. Fauvel, du discours de M. Sawas, qui n'était pas écrite et qui n'a été rédigée qu'après coup, au lieu de répondre à mes observations touchant l'ignorance des Délégués persans sur la route suivie par les pèlerins, non-seulement M. Sawas ne les aborde pas, mais par le passage, tel qu'il est imprimé, il voudrait faire croire que c'est

moi qui ignorais la vraie route suivie par les pèlerins. En effet, à page 34 on lit ce qui suit : « Vouloir nous contester la marche régulière de la caravane, c'est chercher à nier les faits les moins contestables, les plus généralement connus. Pour notre part nous sommes tombés des nues quand nous avons entendu M Fauvel nous reprocher notre ignorance géographique et soutenir que les pèlerins, plutôt que d'aller à Médine, s'empresseraient d'arriver à Yambo pour s'embarquer. Notre étonnement a été d'autant plus grand que M. Fauvel étudie cette question depuis quatre mois et qu'il ne lui est pas permis *d'ignorer*, jusqu'à ce point, la route normale et invariable de la caravane.

Je proteste, dit M. Fauvel, contre ce passage, passage qui n'était pas dans le discours de M. Sawas, car il est évident que s'il l'avait prononcé et si je l'avais entendu, je ne l'aurais pas laissé sans y répondre. M. Sawas peut il avoir oublié que c'est moi qui lui ai tracé la vraie route suivie par les pèlerins ? Comment peut-il donc m'attribuer l'ignorance d'un fait que j'ai été le premier à signaler ?

Que si maintenant, dit M Fauvel en finissant, M. Sawas affirme avoir prononcé cette partie de son discours telle qu'elle est imprimée, je n'en proteste pas moins contre l'erreur gratuite qu'il m'attribue.

M. Sawas, en réponse à M. Fauvel, dit que le passage contre lequel M. Fauvel avait protesté et qu'il s'était engagé à supprimer n'est pas celui de la page 15 contre lequel M. Fauvel réclame aujourd'hui : ce passage, continue M. Sawas, n'existe plus dans mon discours, car je l'ai supprimé ; il était relatif à ce que M. Fauvel avait dit, ou, pour mieux dire, à ce que j'avais cru, qu'il avait dit à propos de ceux qui ne croient pas à la transmissibilité du choléra : Je disais, poursuit M. Sawas au commencement de mon discours : « Suivant M. Fauvel, ceux qui ne croient pas à la transmissibilité du choléra, sont des hommes qui n'ont pas achevé leur éducation scientifique. » M. Fauvel ayant déclaré, séance tenante, n'avoir jamais dit pareille chose, j'ai supprimé, dit M. Sawas, ce passage de mon manuscrit, et certes, il ne figure pas dans le procès-verbal imprimé.

Quant au deuxième passage, continue M. Sawas, contre lequel réclame et proteste aujourd'hui M. Fauvel, je puis assurer l'avoir prononcé sans que personne et sans que M. Fauvel lui-même ait songé à m'attaquer ou à le combattre. Ce passage, poursuit M. Sawas, doit avoir été prononcé, car il touchait à une partie essentielle de ma démonstration, et cela résulte

de mes notes. Il m'importait, dit M. Sawas, de démontrer que les pèlerins, après avoir visité La Mecque, doivent se rendre à Médine, où ils ont à visiter plusieurs tombeaux-saints.

M. Fauvel a tort, continue M. Sawas, de croire que je n'ai pas voulu aborder la question concernant la route de la caravane, j'ai voulu, au contraire, lui montrer que je n'ignorais pas la vraie route comme il le prétendait, et, pour cela j'ai avancé, contrairement à ce qu'il croyait, que des *motifs religieux* empêchaient les pèlerins de prendre la route tracée par M. Fauvel, qui pense que les pèlerins, partis de La Mecque et arrivés à Bader, seraient obligés de se rendre directement à Yambo, ne pouvant pas, à cause de la Cordillière, se rendre à Médine. A cette occasion j'avais dit que M. Fauvel ignorait les raisons religieuses qui obligent les pèlerins d'aller à Médine après avoir visité La Mecque.

Il ressort de tout cela, ajoute M. Sawas, que le passage attaqué ne peut qu'avoir été lu : il ne pouvait pas être intercalé après la lecture de mon discours, parce qu'il est trop important pour mon argumentation.

Je remercie, dit M. Sawas, l'honorable Délégué de France, de penser qu'il ne peut pas y avoir eu de mauvaise intention de ma part. Peut-être le passage dont il est question lui a échappé, car je l'ai prononcé (et en cas de besoin je suis prêt à présenter mon manuscrit).

M. Fauvel, après avoir insisté sur la nécessité de n'imprimer que des procès-verbaux lus en entier et adoptés par la Conférence, ajoute qu'il incombe à MM. les Secrétaires le devoir de constater que le sens des discours qu'on leur remet n'a pas été altéré et qu'ils sont donnés à l'impression tels que la Conférence les a entendus et adoptés.

M. le C^te^ de Lallemand rappelle que s'il y a erreur dans quelques passages du 5^e^ procès-verbal, la faute n'est pas à M. le Secrétaire, qui avait été dispensé de donner lecture du discours que M. Sawas lui avait remis par écrit ; et qu'il a fait imprimer tel qu'il l'avait reçu.

M Dickson voudrait qu'avant l'impression du procès-verbal, chaque orateur jouît du droit de rectifier la partie qui lui appartient.

On lui fait observer que les procès-verbaux ne peuvent être rectifiés après leur adoption. Chaque orateur a le droit de rectifier les passages qui le concernent, pendant qu'on en donne lecture devant la Conférence.

Sur la proposition de M. le C^te^ de Lallemand, la Conférence décide de donner dorénavant lecture non-seulement du texte des procès-verbaux,

contenant la partie improvisée, mais aussi les propositions et les discours donnés par écrit.

M. Goodeve, à propos du procès-verbal N° 5, demande qu'on rectifie un passage de la page N° 43 qui ne rend pas exactement sa pensée : Tout ce que j'avais appris, dit M. Goodeve, venait à l'appui de ce que MM. Barletti et Sawas avaient avancé.

Mais en commençant une nouvelle phrase, j'avais parlé, continue M. Goodeve, des pèlerins des Indes, pour démontrer que, par la mesure proposée, les navires seraient subitement obligés de prendre le large en abandonnant leurs passagers et leurs opérations de commerce. Je faisais en même temps, poursuit M. Goodeve, ressortir la sévérité de la mesure concernant cette grande flotte de 40 à 50 navires à voile, flotte qui aurait peut-être besoin d'une grande profondeur d'eau, et qui, à cause de cette mesure, serait obligée d'entreprendre une navigation tardive et très-dangereuse dans la mer Rouge, dans le but de chercher un port dont la capacité à la recevoir et à l'abriter lui serait inconnue.

M. de Krause signale une erreur chronologique qui s'est glissée dans le compte-rendu N° 6, et que, du reste, il avait fait ressortir immédiatement après la lecture du susdit compte-rendu.

La discussion, dit M. de Krause, du dernier, et non pas du deuxième article de l'amendement de M. Mühlig n'a eu lieu que lorsque la discussion de l'article 8 du projet français avait été terminée et le vote avait eu lieu. Par conséquent, poursuit M. de Krause, la phrase — *Sa suppression est* acceptée (page n° 16) doit être placée immédiatement après les mots— *demandent la suppression de l'art.* (page n° 15).

En outre, continue M. de Krause, il y a à la page 15 une faute d'impression qui altère essentiellement le sens de mes paroles. Au lieu de — *Ce n'est pas Suez qu'il s'agit de préserver d'une nouvelle invasion du choléra, c'est l'Egypte entière* — il faut lire *c'est l'Europe.*

Finalement, ajoute M. de Krause, une transposition de noms dénature complètement la manière de voir des Délégués de Prusse relativement à la proposition française.

Il est dit à page 11 : « L'article second est adopté par 15 voix, *les Délégués précités* à l'exception des Messieurs de Krause et Mühlig.

Au lieu de Krause et Mühlig, il faut mettre Salih Efendi et M. Bartoletti.

M. Bartoletti déclare avoir voté dans ce sens.

M. Segovia relève une erreur de géographie : à page 14 du protocole n° 6, on lui fait dire qu'Aden est une île volcanique. J'ai été deux fois, dit M. Segovia, à Aden—or, mieux que personne je suis dans le cas de savoir qu'Aden n'est pas une île — qu'on dise tout au plus que c'est une *terre volcanique*.

M. Lenz, de son côté, déclare qu'à la lecture du 6e procès-verbal, il n'avait pas remarqué que les Délégués de Russie acceptaient la déclaration de S. Exc. Salih Efendi. (procès-verbal n° 6 page 4). Si les Délégués de Russie s'étaient prononcés en faveur de la déclaration des Délégués de la Sublime Porte, c'est qu'ils n'en avaient pas bien saisi le sens. Mais lorsqu'ils en ont pris connaissance, ils ont constaté qu'entre la déclaration de Salih Efendi et celle qu'ils entendaient formuler, il y avait une grande différence. Voici, continue M. Lenz, le sens précis de ma déclaration.

« Les Délégués du gouvernement Russe déclarent que, n'ayant pas » adhéré au principe de la proposition française, ils s'abstiendront de dis- » cuter et de voter les articles complémentaires de la susdite proposition. »

M. Stuart fait observer que tel a été aussi la pensée des délégués de la Grande-Bretagne. Il désire, par conséquent, voir aussi rectifié un passage où il est dit à page 16 du procès-verbal n° 6, que lui et ses collègues se sont abstenus de prendre part au vote — il faut lire — *les Délégués de la Grande-Bretagne* se sont abstenus de prendre part *à la discussion* et *au vote des dispositions secondaires* du *projet français*.

M. Bartoletti trouve que ce qu'il avait dit à la suite des observations de M. Monlau (procès-verbal n° 6 page 10) n'est pas rendu d'une manière assez claire. Il avait entendu dire que si le Gouvernement Ottoman consentait à adopter la proposition française, la Conférence devrait laisser à ce même Gouvernement le choix, sans restriction ni entraves, des moyens à employer pour l'exécution.

M. Naranzi, l'un des Secrétaires, signale une autre erreur qui s'est glissée dans le procès-verbal n° 6.

Les noms de MM. les Professeurs Maccas et Van Geuns figurent à tort parmi les membres présents. Ils n'ont pris place, dit M. Naranzi, parmi les Délégués, qu'à la séance suivante.

Mirza-Malcom-Khan, demande la parole pour faire quelques observations sur le 3e procès-verbal.

J'ai été, dit-il, très-étonné de ne pas y voir figurer mon discours ; et je ne sache pas que la Conférence eut décidé de le supprimer ; je me rappelle seulement que j'avais prié instamment M. le Secrétaire de l'insérer *in extenso* dans le procès-verbal, et cela parce qu'on avait interrompu ma lecture devant la Conférence.

Comme ce fait pourrait être renouvelé, continue Mirza-Malcom-Khan, —je désire savoir si MM. les Secrétaires ont le droit de supprimer *ad libitum* les discours des Délégués. — En cas contraire, je désire que la Conférence arrête, une fois pour toutes, que tout discours improvisé ou lu soit reproduit dans les procès-verbaux.

M. le B^{on} de Collongue, l'un des Secrétaires, donne les éclaircissements suivants :

Le discours, dit-il, de Mirza-Malcom-Khan, je l'ai donné en résumé, c'était un résumé très-complet, dans le 3^{e} procès-verbal. La raison qui m'avait empêché, ajoute M. de Collongue, de l'insérer in extenso, c'est qu'il devait figurer à part et comme annexe du susdit procès-verbal.

M. le C^{te} de Lallemand parle dans le même sens.

Sur la proposition de MM. de Krause et Fauvel qui font observer à M. le Délégué de Perse que la Conférence avait conféré à MM. les Secrétaires le droit d'abréger les discours, et de n'en donner, s'ils étaient trop longs, qu'un entrait, complet quant à la substance , la Conférence décide (16 voix contre 11) que MM. les Secrétaires restent juges de l'extension qu'ils doivent donner dans les protocoles aux discours improvisés ou lus par devant la Conférence — tout en étant obligés de donner *in extenso* les conclusions (proposition Dumreicher).

Puisque telle est la décision de la Conférence, dit Mirza-Malcom-Khan, je dépose sur la table de la Conférence mon discours imprimé, avec prière à MM. les Secrétaires de vouloir bien en faire la distribution séance tenante.

M. Sotto exprime le désir de communiquer à l'honorable Conférence un très-intéressant rapport reçu d'Alexandrie par M. Vetsera, concernant l'état sanitaire des arrivages à Djeddah pendant les deux mois derniers, (et signé par Ahmed Efendi Hachem).

M. Sotto fournit les renseignements suivants extraits du rapport susmentionné:

Du 9 au 18 mars dernier, 33 navires étaient arrivés à Djeddah avec 931 hommes d'équipages et 3,772 pèlerins.

Ahmed Efendi avait appris d'un capitaine Anglais qu'à bord d'un bateau à vapeur anglais, arrivé de Bengale, 14 personnes ayant souffert de diarrhée étaient mortes — et que à bord d'un bateau turc il y avait eu 5 décès sur 5 personnes tombées malades. A bord de ces navires, continue M. Sotto, 21 individus, en tout, étaient tombés malades et parmi eux il y a eu 19 morts.

Du 19 au 27 mars, ajoute M. Sotto, débarquaient à Djéddah, 3,366 pèlerins qui avaient pris passage sur des bateaux à vapeur et sur quelques bateaux voiliers — au nombre total de 27, dont l'équipage était de 716 hommes. A bord d'un bateau à vapeur turc venant de l'Yemen il y a eu 11 décès — et deux personnes étaient mortes des *spasmes* à bord de deux autres bateaux à vapeur.

Le Gouvernement Egyptien, poursuit M. Sotto, a établi deux quarantaines— l'une près de Suez, presque à la source de Moïse et la seconde à Elivish.

Le Consul-Général d'Autriche avait envoyé le médecin Dr Reil à Suez pour le tenir au courant des événements. Du 28 mars jusqu'au 2 avril, écrit M. Reil, 38 bâtiments étaient arrivés des Indes — dont 13 sous pavillon anglais et 15 sous pavillon turc — ils avaient en tout 5,227 pèlerins.

A bord de ces bâtiments, dit M. Sotto, il y a eu 26 décès sur 32 malades, il n'est pas dit de quelle maladie. — Dans le rapport reçu par M. Vetsera, observe M. Sotto, il est dit que jusqu'au jour qu'il a été expédié il n'existait aucune inquiétude par rapport aux pèlerins de La Mecque.

M. Bartoletti prie M. Sotto de lui dire si tous les bâtiments turcs étaient d'une seule ou de plusieurs provenances — en un mot si tous venaient des Indes, et s'il est bien constaté que leur nombre montait à 15.

M. Sotto lui répond qu'ils étaient bien 15 les bâtiments à pavillon turc et 13 les bâtiments à pavillon anglais — 14 des bâtiments turcs venaient des Indes, un seul venait de Hodejda (Mer Rouge) et c'était un bateau à vapeur.

M. Vernoni parle aussi d'un rapport que le Consul-Général d'Italie à Alexandrie lui a expédié et qui confirme en tout point les renseignements que MM. les Délégués d'Autriche viennent de communiquer à la Conférence.

En outre, ajoute M. Vernoni, dans ce même rapport il est dit que le Président de l'intendance sanitaire d'Alexandrie avait convoqué MM. les

Délégués des Puissances auprès de ce même Conseil pour leur faire la communication suivante :

En cas que le choléra se manifestât dans le Hedjaz avant que la Conférence sanitaire siégeant à Constantinople n'eût arrêté les mesures nécessaires à pratiquer en temps opportun, de quelle manière l'autorité sanitaire de l'Egypte devrait-elle agir à l'égard des pèlerins ?

A ce propos Colucci Bey soumettait une foule de questions et engageait le Conseil de Santé à les résoudre

Salem Bey informe l'honorable Conférence qu'il a déjà mis l'intendance sanitaire d'Egypte au courant des délibérations et des mesures d'urgence adoptées par la Conférence. — Qu'en outre il se fait un devoir de lui transmettre les compte-rendus de ses séances. — Toutefois j'ignore, ajoute Salem Bey, si ces mesures ont été mises à exécution.

Or, se demande M. Vernoni, comment se fait-il qu'à la date du 14 avril, l'intendance sanitaire d'Alexandrie n'avait pas eu connaissance des délibérations de la Conférence et des mesures d'urgence qu'elle avait adoptées ? L'assertion du Dr Salem Bey, le Délégué de l'Egypte, fait observer M. Vernoni , est très-catégorique — il assure avoir immédiatement communiqué à son Gouvernement les mesures adoptées par la Conférence en prévision d'une nouvelle épidémie.

M. Vetsera informe l'honorable Conférence que le gouvernement Egyptien, à la date du 23 avril, avait pleine connaissance des mesures d'urgence adoptées par la Conférence. Le Consul d'Autriche, ajoute M. Vetsera, m'a prévenu de cela en me faisant observer que les instructions données par la Sublime Porte au Gouvernement Egyptien avaient pour base les mesures d'urgence arrêtées par la Conférence.

M. Dickson se déclare prêt à fournir, lui aussi, quelques renseignements à ce sujet. Dans un rapport, dit-il, de Colucci Bey, en date du 16 avril, destiné à l'intendance sanitaire de Constantinople, on trouve ce qui suit :

Le Dr Hassan Efendi Hachem, Médecin du Gouvernement Egyptien attaché à la Commission du Hedjaz, a été placé à Djeddah pour veiller sur les arrivages.

Depuis le 9 jusqu'au 27 mars, continue M. Dickson, 60 navires étaient arrivées à Djeddah, et ils venaient de Suez, Bombay, Souakim, Yambo, Masowah, Aden, Hodejda, Moca, Muskat, Confuda, Calcutta et autres lieux; —ils portaient en tout 7,135 passagers et étaient desservis par 1647 marins,

total — 8,782 personnes. Ils ont eu, continue M. Dickson, 34 malades pendant leur traversée et 24 morts, mais point de maladie compromettante.

Le Dr Hassan Efendi Hashem, poursuit M. Dickson, a inspecté soigneusement tous les pèlerins débarqués à Djeddah, pour se rendre delà à La Mecque, et a constaté que tous étaient en parfaite santé. Il y a eu soin en même temps de faire connaître que la santé publique à Djeddah était excellente.

M. Bosi relève l'importance des communications de Mrs Sotto et Dickson et insiste sur la conformité des renseignements fournis à M. le Délégué d'Autriche par le consul d'Autriche à Alexandrie et les renseignements puisés à un rapport du Consul d'Italie à Alexandrie.

La communication, continue M. Bosi, faite par M. le Délégué d'Autriche, surpasse celle de M. Dickson en détails et en précision. En effet, dit-il, les détails donnés par M. Dickson ne sont relatifs qu'aux pèlerins Ottomans arrivant à Djeddah, soit de la côte d'Egypte, soit de la côte arabique ou des Indes, mais M. Dickson ne nous dit rien touchant l'état hygiénique des pèlerins ? Y a-t-il eu des malades et des morts parmi eux ou parmi les hommes composant l'équipage des bâtiments qui les avaient transportés ? Nous n'en savons rien ; fort heureusement, ajoute M. Bosi, que cette lacune est comblée par les rapports des Consuls d'Autriche et d'Italie à Alexandrie, grâce auxquels nous sommes renseignés et sur le nombre des malades et sur la qualité des maladies. Mais le fait le plus significatif, dit M. Bosi, est relatif au bâtiment anglais, venant de Bengale et ayant touché à Calcutta, à bord duquel il y a eu 14 diarrhées — et cinq fièvres.— Tous les individus affectés de diarrhée sont morts.

M. Bosi finalement revient sur la démarche faite par Colucci bey auprès du Conseil de Santé qu'il préside et sur les questions qu'il lui avait posées. Comment concilier ce fait, se demande M. Bosi, avec les mesures adoptées par la Conférence dès le mois de mars ?

La déclaration solennelle faite à M. le Délégué d'Autriche par le Consul Autrichien à Alexandrie peut toutefois nous rassurer, car elle nous apprend, par le rapport en date du 23 avril, que le Gouvernement Egyptien en avait eu connaissance et avait communiqué les mesures en question ou, pour mieux dire, les instructions reçues par le Gouvernement Impérial, à l'intendance sanitaire d'Alexandrie.

M. de Krause dit qu'il avait pris note, aussi bien que M. Vernoni et

Bosi, des paroles de M. le Délégué d'Autriche, paroles, à son sens, d'une grande portée, et tellement importantes qu'il serait nécessaire de savoir si M^rs^ les Délégués Ottomans confirment le fait. La Conférence, dit en finissant M. de Krause, a déjà formulé son avis sur ce qu'il y aurait à faire en prévision d'une nouvelle épidémie dans le Hedjaz, de sorte qu'elle ne pourrait pas y revenir pour répondre aux questions de Colucci bey, dans le cas que le Gouvernement Ottoman n'eût pas donné au Gouvernement Egyptien des instructions conformes aux mesures par elle adoptées.

Je prie, par conséquent, conclut M. de Krause, le Délégué de la Sublime Porte, de vouloir bien nous dire si le Gouvernement Ottoman a pris quelques dispositions pour l'application des mesures d'urgence.

M. Bartoletti répond qu'il n'est pas assez renseigné à ce sujet pour être à même de répondre d'une manière satisfaisante à la question posée par M. de Krause. Toutefois il fait observer que le fait allégué par M. le Délégué d'Autriche, venant d'une source officielle, il y a tout de lieu de croire que jusqu'au 22 avril le Gouvernement Egyptien avait reçu de la Sublime Porte des instructions basées sur les mesures adoptées par la Conférence. M. Bartoletti déclare que les assurances données sur l'excellent état sanitaire de Djeddah sont de nature à rassurer plutôt qu'à alarmer.

Salem bey répond à M. de Krause que la Conférence sanitaire internationale, dont la mission consiste à étudier les questions qui se rapportent au choléra et à proposer les moyens qu'elle croit capables de préserver l'Europe de nouvelles invasions, ne peut que donner des conseils, conseils que le Gouvernement Ottoman peut accepter ou repousser, de même que tout autre gouvernement. Mais vouloir, poursuit Salem bey, mettre le Gouvernement Ottoman en demeure de se prononcer s'il a mis à exécution ou non les mesures proposées par la Conférence, ou de quelle manière il les a appliquées ou entend les appliquer, c'est vouloir faire sortir complètement la Conférence de son rôle et de ses attributions.

Salem bey est d'avis aussi que la proposition de M. de Krause, de réunir extraordinairement la Conférence en cas que le choléra éclate en Egypte, ne pourrait être d'aucune utilité — vu que le Gouvernement Egyptien a déjà pris et continue à prendre toutes les mesures nécessaires pour se préserver d'une nouvelle invasion, ou pour l'arrêter, si par malheur une nouvelle épidémie venait à éclater.

M. de Dumreicher obtient la parole pour faire une proposition motivée :

Cette proposition qui, sur la demande de son auteur,est reproduite textuellement, est la note suivante :

Messieurs ,

Le soussigné Délégué de S. M. le roi de Danemarck a l'honneur de soumettre à ses honorables collègues quelques considérations dans le but de proposer le renvoi de la discussion générale après la solution de toutes les questions portées au programme, et de faire, en outre, adopter une légère modification dans l'économie de ces questions à l'effet d'obtenir une décision plus conforme à la mission et au caractère de la Conférence.

Notre mission comprend en effet un double objet. Nous avons d'abord à étudier la nature du choléra, à rechercher les moyens les plus aptes à le combattre et à en prévenir les invasions. Nous avons ensuite à discuter les mesures qui seraient proposées au point de vue de la pratique et de l'exécution.

La première partie de notre tâche est toute médicale, sanitaire ; la seconde est pratique, internationale. Dans l'une, les seules considérations médicales doivent et peuvent dominer ; dans l'autre il incombera spécialement aux membres non médecins de la Conférence de considérer les mesures proposées sous le rapport de leur application pratique.

Ce double objet de notre mission, s'il n'était déjà indiqué par la nature des choses que nous avons à traiter , le serait encore , et par la désignation qui a été donnée à la Conférence, et par la qualité et les aptitudes diverses des Délégués, par lesquels chaque gouvernement s'est fait représenter.

S'il ne s'était agi que d'avoir l'avis de la science, il aurait évidemment suffi de s'adresser aux corps savants, aux académies de l'Europe — on aurait au besoin convoqué même une réunion des médecins de tous les pays pour en avoir un verdict décisif. Mais il pourra être dit, sans s'exposer à contradiction, que l'intention de nos gouvernements n'a pas été celle de réunir seulement un congrès médical, et, que si des Délégués qui ne sont pas médecins ont été chargés de les représenter, c'est pour qu'ils aient, de leur côté, à discuter l'opportunité et la convenance des mesures proposées, et à considérer jusqu'à quel point elles peuvent être adoptées, et fournir ainsi matière à un acte inter-national.

Les deux premières parties de notre programme ne contiennent que

des questions purement médicales, il en serait de même de la troisième sans la dernière question qui éveille des considérations d'un autre ordre et qui à elle seule mériterait un rapport spécial. Il serait donc utile de mettre cette question au quatrième groupe, et, d'arrêter en même temps que la discussion générale ne serait ouverte qu'après la remise des rapports sur toutes les parties du programme.

Cette division est non-seulement plus conforme à la nature et à l'esprit de notre mandat, mais elle est aussi plus pratique et plus recommandable dans l'intérêt même d'un résultat utile de nos travaux, en nous permettant de travailler sans arrière-pensée à fournir au moins les éléments de la solution que nous cherchons. Nous y arriverons d'autant plus sûrement que nous aurons soin de séparer le côté sanitaire du côté inter-national de notre mission.

Les questions médicales devraient être discutées pour elles-mêmes, sans pouvoir être influencées par la considération du plus ou moins de convenance des mesures qui en seraient la conséquence. Aucun de nous ne devrait être mis dans la nécessité d'opposer à un principe ou à une mesure sanitaire, en prévision de ses conséquences logiques, et, à cause de considérations d'un ordre tout différent qu'il aurait à faire valoir contre son adoption sur le terrain pratique.

Plus d'un d'entre nous se sera déjà demandé si, avec la divergence d'opinions qui ne peut manquer de se produire dans une assemblée aussi nombreuse, il est à espérer que la Conférence arrive à un résultat pratique. Sans vouloir en déduire des pronostics qui peuvent aisément être démentis par les faits, on pourra y trouver un argument de plus en faveur de la division demandée.

Quelle que soit du reste l'opinion que l'on puisse avoir à cet égard, il n'y en aura certainement qu'une pour reconnaître que nous devons à la haute et généreuse idée qui a présidé à la réunion de cette Conférence de faire notre possible pour que la solution la plus complète soit donnée aux questions qui nous sont posées.

Laissons donc toute latitude, toute liberté à la partie médicale de notre Conférence pour formuler son verdict et arrêter ses conclusions. Quitte à chacun de nous à considérer ensuite jusqu'à quel point il peut en accepter ou en recommander l'exécution Ce mode de procéder aura en outre l'avantage incontestable de nous permettre de soumettre à nos Gouverne-

ments respectifs les divers rapports au fur et à mesure de leur production et de mettre, par conséquent, chacun de nous dans le cas de pouvoir opiner en parfaite connaissance de cause lors de la discussion générale.

En conclusion, la proposition que le soussigné a l'honneur de faire se formule comme il suit :

1° La dernière question du troisième groupe qui commence par ces mots — Si on pèse d'un côté les inconvénients qui résultent etc. — sera mise au quatrième groupe.

2° Un rapport spécial sera fait pour chacun des deux derniers groupes de questions par des *comités ad hoc.*

3° La discussion générale ne sera ouverte sur les divers rapports et leurs conclusions qu'après la remise de tous les rapports à la Conférence.

Le Délégué de S. M. de Danemarck
A. T. DE DUMREICHER.

M. Fauvel, à propos de la note précitée, fait les remarques suivantes :

J'ai voulu, dit-il, me bien pénétrer du sens de la proposition de M. Dumreicher, mais je ne suis pas parvenu à le saisir complètement. A ce que j'ai compris, la chose principale qui en ressort, c'est en quelque sorte de faire table rase de tout ce que nous avons fait jusqu'à ce moment, en un mot, de recommencer nos travaux pour leur donner une direction conforme à celle qu'on vient de nous proposer. Je ne comprends pas non plus, continue M. Fauvel, ce que M. Dumreicher entend par discussion générale, et je crains que sa proposition, qui aurait pu être excellente au commencement, ne manque d'à propos aujourd'hui. On pourrait à la rigueur l'accepter pour ce qui reste à faire, sauf à juger de son opportunité. Quoi qu'il en soit, conclut M. Fauvel, la pensée de son auteur ne pouvant être facilement saisie, je prie M. Dumreicher de vouloir nous la présenter d'une manière moins obscure.

M. Dumreicher répond à M. Fauvel que son intention n'a pas été de refaire ce qui a été fait et moins encore de le considérer comme nul. Sa proposition ne porte que sur ce qui reste à faire et notamment sur la dernière question du 3e groupe, question qui, selon lui, devrait être portée au 4e groupe. Quant à la discussion générale, ajoute M. Dumreicher, j'ai entendu

parler de la discussion faite par devant la Conférence, qui aurait pour point de départ les rapports des sous-comités de la Commission plénière et surtout les conclusions de ces rapports.

M. Goodeve se prononce contre l'opinion de M. Dumreicher, qui avance que les deux dernières questions ne sont pas de la compétence des médecins ? Il s'agit, dit M. Goodeve, de conseiller des mesures capables de mettre les populations à l'abri des invasions cholériques, or qui donc, se demande-t-il, mieux que les médecins, pourrait suggérer, conseiller et formuler des mesures sanitaires assez efficaces pour atteindre ce but ? M. Goodeve croit que M. Dumreicher attribue aux médecins un rôle beaucoup plus borné que celui qui de droit leur revient.

M. le C^te^ de Lallemand et M. Stenersen sont d'avis que le moment n'est pas venu de s'arrêter sur des considérations de cette nature. Lorsque la Conférence, pensent-ils, abordera les troisième et quatrième groupes, alors chacun sera libre d'émettre ses idées concernant la marche et la voie à suivre dans l'étude des questions comprises dans ces deux groupes.

M. le C^te^ de Lallemand pose cette question :

La Conférence veut-elle dès aujourd'hui prendre en considération la note de M. Dumreicher ou bien préfère-t-elle s'en occuper en temps opportun?

M. Salem Bey appuie M. le C^te^ de Lallemand — mais il ajoute que la Conférence devrait aborder aujourd'hui même la discussion des parties du rapport général qui sont prêtes.

M. Sternesen rappelle que la Conférence avait décidé de ne se réunir en assemblée plénière que lorsque le rapport général lui serait présenté. C'est une décision, pense-t-il, qu'il faut respecter.

MM. Bartoletti et Fauvel déclarent que le rapport général n'est pas achevé. Demain, disent ils, la Commission plénière doit se réunir pour discuter la première partie. Quel serait l'avantage, ajoute M. Fauvel, de discuter partiellement un rapport qui n'est pas complet ? Serait-ce pour gagner du temps ? M. Fauvel démontre que la Conférence perdrait du temps au lieu d'en gagner, car le temps qu'elle pourrait gagner serait du temps perdu pour la Commission.— Mieux vaut, pense-t-il, d'attendre encore quelques jours; la semaine prochaine, le rapport général sera, peut-être, achevé — et jusqu'à la fin de la semaine prochaine la Conférence pourra être réunie pour prendre connaissance du rapport général.

M. Bykow dit qu'il croyait que la Conférence s'était réunie dans le but

de nommer la Commission ou les Commissions qui doivent étudier le troisième groupe. Il voyait, ajoute-t-il, la nécessité où se trouvait la Conférence de gagner du temps, car aujourd'hui plus que jamais elle est pressée d'accélérer ses travaux, vu la présence du choléra dans quelques localités de l'Europe. Tous les Gouvernements intéressés, poursuit M. Bykow, ont le droit d'attendre de la Conférence des indications pratiques propres à limiter les progrès du mal. D'après M. Bykow, les mesures pratiques sont à présent presque aussi urgentes que celles qui ont été préparées pour le Hedjaz. En profitant donc de la réunion de la Conférence, je propose, conclut M. Bykow, de nommer immédiatement les commissions qui doivent s'occuper de l'examen des questions du 3e groupe. Si MM. les Délégués diplomates, qui feront partie de ces Commissions, ne sont suffisamment édifiés sur les conclusions du rapport général concernant les questions des deux premiers groupes, ils n'ont qu'à demander aux médecins tous les renseignements dont ils pourraient avoir besoin.

M. Stenersen n'accepte pas la manière de voir de M. Bykow. Si la Conférence, dit-il, a composé la Commission presque exclusivement de médecins, c'est pour l'unique raison que les Délégués diplomates ne comprennent rien aux questions des deux premiers groupes. La tâche de cette Commission était d'élaborer un rapport qui pût fournir aux Délégués diplomates les éléments nécessaires pour aborder en pleine connaissance de cause les questions comprises dans le 3e groupe. Or, ce rapport faisant défaut, la situation reste la même et les Délégués non médecins n'auraient rien à gagner par des renseignements donnés sans suite ni avec assez de développement. Je suis d'avis, dit M. Stenersen, qu'il faut se soumettre à la nécessité d'attendre le rapport-général avant d'entreprendre l'étude des questions du 3e groupe. A moins, conclut-il, qu'on ne veuille obliger les Délégués diplomates à souscrire et à accepter aveuglément les décisions des médecins.

M Monlau appuie la proposition de M. Bykow — y a-t-il, demande M. Monlau, un ordre du jour de la séance d'aujourd'hui? Je croyais, dit-il, que la Conférence avait voulu se réunir dans le but de prendre connaissance de l'état des travaux de la Commission et de voir s'il était nécessaire de nommer des Commissions pour l'étude des questions du 3e groupe. Je crois, poursuit M. Monlau, que la Commission a achevé ses travaux et qu'il ne lui reste qu'un simple travail de révision. Assez de temps, dit M.

Monlau, a été perdu et il est important de se remettre au travail pour le regagner—c'est pourquoi, conclut M. Monlau, j'appuie de toutes mes forces la proposition de M. Bykow.

M. Bosi se prononce dans le même sens.

M. Segovia, après avoir adhéré à la motion de M. Monlau, fait connaître les raisons qui ont décidé quelques Délégués à engager S. Exc. Salih Efendi à convoquer la Conférence.

La réunion d'aujourd'hui, dit M. Segovia, devait avoir un double but — S'enquérir tout d'abord de l'état des travaux de la Commission, et procéder ensuite à la désignation des Commissions pour le 3° groupe.

M. Segovia ignore si tel est l'ordre du jour de la séance.

M. Bartoletti lui répond qu'il n'y a aucun ordre du jour. S. Exc. Salih Efendi n'a convoqué la Conférence que parce que quelques Délégués l'ont demandé, mais il savait bien que le rapport général n'était pas achevé, et que la Conférence ne pourrait entreprendre de nouveaux travaux avant qu'il ne lui fût présenté.

M. Stenersen engage la Conférence à s'ajourner jusqu'à ce que la Commission ait pleinement achevé son travail.

MM. Van Geuns, Sawas, Polak demandent à la Conférence d'utiliser la séance d'aujourd'hui; ne fut-ce qu'en nommant les Commissions qui doivent étudier le 3e groupe.

M. de Souveral prend en considération la déclaration de M. Fauvel chargé du rapport-général, qui assure qu'il n'est pas prêt, et démontre que la Conférence n'a rien de mieux à faire que de s'ajourner jusqu'à ce que le susdit rapport lui soit soumis.

M. Mühlig fait observer à M. Monlau que sa proposition ou, pour mieux dire celle de M. Bykow qu'il a appuyée est en contradiction avec les passages du programme qui font ressortir la nécessité d'étudier les questions des deux premiers groupes avant que l'on puisse aborder la question du 3e groupe. Pourtant ce programme se trouve signé par M. Monlau.

M. Monlau répond que la contradiction n'existe pas, et que la réponse à l'observation de M. Mühlig se trouve toute faite dans le précédent procès-verbal.

M. Fauvel présente une proposition qu'il appelle de conciliation. La Conférence, dit-il, se propose de faire une œuvre sérieuse et, par conséquent, elle ne veut s'épargner aucun sacrifice — tous les Délégués procla-

ment la nécessité d'agir promptement et surtout d'une manière consciencieuse. Mais comme tous les Délégués ne sont pas occupés, poursuit M. Fauvel, et que l'inaction pèse à plusieurs d'entre eux, je propose de nommer aujourd'hui même une Commission chargée de *déterminer la nature, l'ordre* et *la division des questions* composant le 3e groupe.

M. le Cte de Lallemand met successivement aux voix les propositions suivantes :

1° Proposition Dumreicher — ajournement — pour 15 contre 13.

2° Proposition Stenersen — rejetée — pour 13 contre 15.

3° Bykow et Monlau — rejetée —pour 13 contre 14

4° Proposition Fauvel — adoptée — pour 24 contre 3.

M. le Cte de Lallemand propose à la Conférence de composer la Commission proposée par M. Fauvel comme il suit :

MM. Gomez — Goodeve — Monlau — Pelikan — Spadaro — Segovia — Van Geuns —

La Conférence la confirme

M. de Krause fait la proposition suivante :

Les nouvelles, dit-il, que MM. les Délégués d'Autriche, de la Grande-Bretagne et de l'Italie nous ont tout à l'heure communiquées sur l'état sanitaire d'une partie du Hedjaz, sont si peu rassurantes, que la Conférence ne peut pas être certaine que le choléra n'éclate cette année encore en Egypte, malgré les mesures qu'elle a adoptées.

Cet état de choses, continue M. de Krause, impose à chacun de nous le devoir d'être attentif, et de ne pas perdre de vue un seul instant que l'Europe se repose sur notre prévoyance. — Par conséquent, j'ai l'honneur de proposer, dit M de Krause—que le Président de la Conférence la convoque en séance extraordinaire aussitôt qu'il vient à apprendre que le choléra s'est manifesté soit en Egypte soit en Syrie.

De cette manière la Conférence se trouve à même d'adopter immédiatement des mesures capables d'arrêter le mal et d'en préserver l'Europe.

MM. Pelikan et Van Geuns considèrent la proposition de M. de Krause comme inutile Si on ne réunit, pensent ils, la Conférence qu'après que le choléra a éclaté en Egypte ou en Syrie, les mesures qu'elle pourrait adopter seraient tardives.

M. Bosi croit qu'il vaudrait mieux fixer la prochaine séance de la Conférence pour qu'elle puisse avoir à temps des nouvelles et pour être

complètement renseignée sur les mesures adoptées par la Sublime Porte et sur les instructions transmises par elle au Gouvernement Egyptien.

M. Bartoletti opine que la Conférence n'a pas le droit de demander compte au Gouvernement Ottoman des mesures qu'il a adoptées ou qu'il se propose d'adopter en cas que le choléra éclate en Egypte. La Conférence a rempli son mandat lorsqu'elle lui a communiqué les mesures qu'elle a adoptées — le reste concerne le Gouvernement Impérial.

M. Stenersen avoue ne pas pouvoir comprendre la préoccupation de quelques Délégués au sujet de l'Egypte. Est-ce que le choléra, se demande-t il, ne pourrait pas éclater ailleurs, et dans ce cas, la Conférence ne devrait-elle s'en occuper tout aussi sérieusement que s'il venait à se manifester en Egypte ou en Syrie ?

M. Goodeve exprime sa crainte de voir investie la Conférence du caractère de *police sanitaire*. Chaque Gouvernement, dit-il, a son Conseil de Santé, et il a pour attributions, la charge qu'on prétend donner à la Conférence. — Mais la Conférence, continue M. Goodeve, a une mission bien différente et il suffit de se rappeler la circulaire de S. Exc. Drouyn de Lhuys pour rester persuadés qu'on veut la faire sortir du rôle qu'on lui a prescrit.

M. Bartoletti informe l'honorable Conférence que l'Administration Sanitaire Ottomane a déjà pris des mesures préventives. Elle a fixé une quarantaine de 15 jours, sans compter les jours de voyage, pour toute provenance cholérique — et elle a déjà déterminé les lieux de la purger dans six endroits différents.

M de Krause engage la Conférence à ne voir dans sa proposition qu'une simple motion d'opportunité, n'ayant d'autre but que de tenir la Conférence au courant des événements.

M. Dumreicher combat cette proposition par crainte d'empiéter sur les attributions des autorités sanitaires permanentes

MM. Vetsera et Sawas se rangent à l'avis de M. de Dumreicher, ne voyant pas, disent ils, ni la nécessité ni le but de convoquer extraordinairement la Conférence.

M. Bartoletti, au contraire, déclare qu'il ne voit aucun inconvénient à ce que la Conférence soit extraordinairement réunie pour recevoir communication des nouvelles qui peuvent avoir un intérêt d'actualité.

M. Stenersen est d'avis que la Conférence, si elle veut être conséquente

avec ses précédentes décisions, doit accepter la proposition de M. de Krause.

M. Fauvel, appuie la proposition de M. de Krause. Elle ne demande, dit-il, qu'une réunion extraordinaire de la Conférence en cas que le choléra éclate en Egypte ou en Syrie, dans le but d'entendre des rapports, de conseiller des mesures et d'arrêter, s'il y a lieu, quelques dispositions relatives à l'épidémie. Il est possible, dit M. Fauvel en finissant, que si le choléra éclatait en Egypte, l'Administration Sanitaire égyptienne s'adresserait à la Conférence pour avoir son avis et la consulterait peut-être sur les mesures à adopter. Eh bien, dit M. Fauvel, si cela arrivait, la Conférence se trouverait, grâce à la proposition de M. de Krause, pourvue des renseignements nécessaires.

M. Bartoletti dit qu'il se croit en devoir de retirer tout ce qu'il avait dit à l'appui de la proposition de M. de Krause, pour la raison qu'elle a été chargée plus qu'il ne fallait et qu'elle a perdu sa simplicité primitive. M. Bartoletti déclare qu'il votera contre cette proposition.

M. Sawas fait la même déclaration, mais pour la raison, dit-il, qu'il considère la Conférence incompétente.

M. le C^te^ de Lallemand met aux voix la proposition de M. de Krause.

Elle est adoptée — pour 15 — contre 12 voix.

Sur la proposition de plusieurs Délégués, la Conférence décide de ne pas fixer le jour de sa prochaine réunion.

Ordre du jour de la prochaine séance :

1° Présentation et lecture du rapport de la Commission chargée d'étudier le 3^e^ groupe du programme.

2° Présentation et lecture du rapport-général de la Commission plénière.

La séance est levée à 6 1/2 heures.

Le Président,
C^te^ De LALLEMAND.

Les Secrétaires,
D^r^ Naranzi.— B^on^ de Collongue.

N° 9.

SÉANCE DU 28 MAI 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 28 mai, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa neuvième séance, dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Etaient présents :

Pour l'Autriche :

M. VETSERA, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur SOTTO, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien.

M. le Docteur POLAK, ancien archiatre de S. M. le Schah de Perse.

Pour la Belgique :

M. le comte de NOIDANS, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires ;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

Sa Grandeur Monseigneur Brunoni, vicaire apostolique ;

M. le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

L'Honorable M. W. Stuart, secrétaire de l'Ambassade de S. M. Britannique ;

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M. Kalergi, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Professeur J. Van Geuns ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

Mirza-Malkom-Khan, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur Sawas Efendi, inspecteur de l'hygiène et de la salubrité

de Constantinople, délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard PINTO DE SOVERAL, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio GOMEZ, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. H. de KRAUSE, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi de Prusse :

M. le Docteur MÜHLIG, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur LENZ, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur BYKOW, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna.

Pour la Suède et la Norwège :

M. OLUF STENERSEN, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron HÜBSCH ;

Pour la Turquie :

S. Exc. SALIH EFENDI, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur BARTOLETTI, inspecteur-général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(*Pour l'Egypte*) : le Docteur SALEM BEY, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S. A. le vice-roi d'Egypte ;

La séance est ouverte à une heure de l'après-midi.

M. le Dr Naranzi, l'un des Secrétaires, donne lecture du procès-verbal de la 8e séance.

Après l'adoption de ce procès-verbal, M. le Dr Sawas offre de déposer sur le bureau le manuscrit du discours qu'il a lu à la 5e séance et qui,

d'après M. le Dr Fauvel, n'aurait pas été imprimé tel qu'il l'avait prononcé. Tous les membres de la Conférence pourront s'assurer ainsi par eux-mêmes qu'il n'y a rien de fondé dans cette imputation. On verra, d'une part, que le paragraphe qui avait donné lieu à la protestation de M. le Dr Fauvel et qui se trouve biffé sur le manuscrit, ne figure pas dans le texte imprimé. Il se peut, d'ailleurs, que, dans son discours, M. le Dr Fauvel n'ait pas dit en propres termes « que les Délégués français avaient repoussé tous les autres moyens qu'on pouvait proposer, que ceci avait été fait pour prouver que tout avait été étudié, » mais c'était du moins et bien positivement le sens de ses paroles ; l'idée, sinon les mots, y était et c'est ce qu'il importait de ne pas laisser sans réponse.

Pour ce qui est du passage relatif à la route suivie par les pèlerins à leur retour de La Mecque, passage qui est signalé comme ayant été modifié après coup, M. le Dr Sawas craint que le procès-verbal ne soit de nature à laisser des doutes sur la manière dont il a répondu. Il a franchement abordé la question et le reproche qu'il a fait à M. le Dr Fauvel d'avoir ignoré l'itinéraire du pèlerinage, il le maintient: la religion musulmane impose aux hadjis l'obligation de visiter Médine, et c'est un fait constant que, de Bader, ils se rendent tous et toujours à Médine en dépit des difficultés et des longueurs de la route.

M. le Dr Fauvel, répondant à M. le Dr Sawas, regrette qu'il ait cru devoir revenir sur cet incident, mais le procès-verbal lui paraît avoir bien et tout dit. En ce qui touche le premier point en litige, tous ceux qui liront de bonne foi son discours reconnaîtront que les Délégués du Gouvernement français n'ont jamais eu la prétention de repousser d'avance et sans discussion tous les projets qui pourraient se produire, il serait donc superflu d'insister à cet égard. En ce qui concerne la route de retour des pèlerins, M. le Dr Fauvel fait observer tout d'abord que cette partie du discours de M. le Dr Sawas n'était pas écrite lorsqu'il l'a prononcée et que le texte n'en a été remis à MM. les Secrétaires que quelques jours après la séance ; le manuscrit qu'il propose de produire ne saurait dès lors être une preuve. Quoi qu'il en soit du reste, M. le Dr Fauvel a demandé et demande encore en quoi consiste l'erreur de géographie qu'on l'accuse d'avoir commise. Les pèlerins suivent-ils de Djeddah à Bader une autre route que celle qu'il a indiquée, cette route ne se bifurque-t-elle pas à Bader, les pèlerins Egyptiens pour rentrer dans leurs pays ne doivent-ils pas, en quittant

Bader, prendre la route du littoral tandisqu'au contraire, les pèlerins à destination de la Syrie doivent suivre celle qui traverse la montagne pour passer ensuite par Médine ? M. Fauvel n'a jamais ignoré qu'un certain nombre de pèlerins allassent à Médine, mais il affirme que la chose n'est pas obligatoire et qu'un grand nombre s'en dispensent. On n'a pas oublié que Bader n'est qu'à une journée de marche de Jambo et que, d'après le projet persan, ce port serait resté ouvert. Or, comme il n'était question que des pèlerins Egyptiens, n'était-il pas tout naturel alors, qu'atteints de choléra et arrivés si près de Jambo, ces pèlerins désirassent s'y embarquer plutôt que d'aller à Médine pour revenir ensuite sur leurs pas ?

M. le Dr Sawas demande la parole, mais M. le Dr Bartoletti et un grand nombre de membres insistent pour qu'il soit mis fin à cette discussion ; S. Exc. Salih Efendi déclare, en conséquence, après avoir consulté la Conférence, qu'il est passé outre à l'incident. M. le Dr Sawas proteste contre l'impossibilité où on le met ainsi de répondre et de se défendre et tient à ce qu'il en soit fait mention au procès-verbal.

M. Vetsera communique à la Conférence des renseignements sanitaires reçus d'Egypte. A la date du 18 mai, 6,219 pèlerins avaient débarqué à Suez ; 2,000 étaient déjà réembarqués à Alexandrie. Une surveillance sévère était excercée dans le premier de ces ports par les soins de l'Autorité Egyptienne, et aucun cas de maladie suspecte n'avait été observé. L'état sanitaire était satisfaisant en Egypte. Des sages mesures de précaution avaient aussi été prises à la Mecque et dans les Villes Saintes.

Salem Bey fournit à son tour quelques détails sur les mesures prescrites, en Egypte ; par l'Administration Sanitaire Egyptienne et, en Arabie, par les Autorités Ottomanes. Ces informations sont extraites du compte-rendu d'une séance tenue le 16 mai par le Conseil Supérieur de Santé d'Alexandrie. Ce document constate aussi le bon état de la santé publique en Egypte.

M. le Dr Bartoletti entre dans quelques développements sur les résultats de la mission confiée à la Commission Médicale Ottomane envoyée dans le Hedjaz. Les rapports de cette Commission prouvent que rien n'a été négligé de ce qui pouvait contribuer à améliorer les conditions hygiéniques à La Mecque et particulièrement dans la vallée de la Mina où se font les sacrifices. A La Mecque, les citernes ont été nettoyées, il en a été de même des égoûts. L'eau de certaines fontaines a été réservée pour la

boisson et, contrairement à ce qui se pratiquait auparavant, la même eau n'a plus servi pour cet usage ainsi que pour les ablutions et l'abreuvage des animaux. Dans la vallée de la Mina, 45 puits ont été creusés pour y enterrer les débris des animaux; On y a aussi préparé 500 fosses d'aisances. Des emplacements ont enfin été choisis à une certaine distance des campements pour y ouvrir des tranchées destinées à l'abattage des animaux, d'autres affectés aux parcage des animaux, d'autres enfin spécialement réservés aux marchands de comestibles. 88 navires avaient, d'ailleurs, apporté 12,662 pèlerins ; quant au nombre des Hadjis, on en comptait 21,500 avant le Baïram. Les navires ont été soigneusement visités à l'arrivée et on n'a eu à constater aucun cas de choléra On a de même veillé au moment du départ à ce qu'aucun bâtiment ne prît, comme par le passé, un trop grand nombre de pèlerins à la fois. M. le Délégué de Turquie fait connaître en outre que son Gouvernement avait envoyé à La Mecque un Commissaire spécial chargé, pour le Gouverneur du Hedjaz et pour le Grand Schérif, d'instructions leur prescrivant d'appliquer dans la limite du possible les mesures décrétées par la Conférence.

M. le Dr Dickson ayant rappelé à M. le Dr Bartoletti la promesse qu'il avait faite en Commission de communiquer à la Conférence les rapports de le Commission médicale du Hedjaz, M. le Délégué de Turquie répond que tous ces rapports n'ont pas encore été traduits, mais que la Conférence aura en son temps connaissance de tous les renseignements qui seraient de nature à l'intéresser.

M. le Dr Mühlig s'est trouvé à même de se procurer des informations dont il ne prétend pas garantir l'exactitude, mais qui proviennent d'un musulman revenant de La Mecque et qui lui semblent à ce titre présenter de l'intérêt. Tous les pèlerins seraient unanimes à rendre hommage aux mesures bien entendues prises par les Autorités du Hedjaz, mais ils auraient eu moins à se louer des procédés de l'Administration Sanitaire Egyptienne. De Suez, les pèlerins étaient, paraît-il, renvoyés au lieu dit les Sources de Moïse pour y être visités par des médecins désignés *ad hoc* ; là il leur fallait descendre dans la mer pour gagner le rivage, une côte aride, dépourvue d'eau et d'ombre, et c'est dans ces mauvaises conditions qu'ils devaient attendre et quelquefois pendant longtemps l'arrivée des médecins chargés de la visite D'après la personne de laquelle M. le Dr Mühlig tient ces renseignements, on n'aurait signalé à La Mecque aucun cas de choléra, mais seulement des cas de dyssenterie.

Le Dr Salem Bey explique que ce n'est que par excès de précaution que les pèlerins arrivant à Suez étaient renvoyés aux Sources de Moïse, à une heure environ de distance. Il est vrai qu'il n'y a pas de rade sur ce point et que les navires doivent mouiller à une assez grande distance de la côte, mais il n'en résultait pour les pèlerins d'autre inconvénient que celui d'être forcés de recourir à des barques pour gagner la terre. Du rivage aux Sources de Moïse, il y a un peu plus d'une demi-heure de marche, c'est un endroit ombragé, l'eau y est abondante. La plupart des pèlerins s'y sont rendus et ont été immédiatement visités ; quelques-uns s'y sont réfugiés et le correspondant de M. le Dr Mühlig devait être de ce nombre. Ces derniers ont dû naturellement attendre que les médecins eussent achevé la visite aux Sources de Moïse.

M. le Dr Bartoletti dépose sur le bureau le rapport (annexe n° 1 du présent procès-verbal) de la Commission chargée de l'examen des deux premiers groupes du programme, Commission dont il était le président, et, en outre, les procès-verbaux des 26 séances tenues par ladite Commission ainsi que les rapports des Sous-Commissions entre lesquelles avait été partagé le travail.

Il est pris acte de ce dépôt, la discussion du rapport étant ajournée pour donner aux membres qui ne faisaient pas partie de la Commission le temps de prendre connaissance de cet important document.

M. Segovia, Président de la Commission nommée pour l'étude préparatoire des questions portées au 3e groupe du programme, présente également le rapport dans lequel elle rend compte du résultat de ses travaux (annexe n° 2). M. Segovia demande que la discussion soit immédiatement ouverte sur ce rapport dont M. le Dr Monlau donne ensuite lecture au nom et place de son auteur, M. le Dr Pelikan, qui l'en a prié.

M. le Dr Polak pense que ce rapport devrait être accepté en bloc quitte à ajouter ensuite les questions dont la discussion démontrerait l'utilité.

M. Stuart demande la suppression du § 20 (3e section) relatif à l'envoi aux Indes d'une Commission scientifique à l'effet d'étudier le choléra sur les lieux mêmes où il est réputé prendre naissance. Ce § pourrait être amendé de la manière suivante : « Appeler l'attention des Gouvernements » respectifs des pays que l'on croit être le berceau du choléra sur l'utilité » d'entreprendre ou de continuer des recherches locales rigoureuses sur » l'origine et la propagation de la maladie.

« Enumérer les questions dont la solution ou une connaissance plus » profonde est demandée par la science. »

M. Segovia et M. le Dr Monlau répondront plus tard à l'honorable M. Stuart ; pour le moment, on devrait se borner à discuter sur la division générale du rapport. Les questions de détail viendront ensuite et l'on trouvera la Commission prête à consentir à toutes les modifications et additions jugées utiles et nécessaires.

M. le Dr Fauvel approuve la division qu'il trouve bonne en elle-même, mais cependant avec certaines modifications : la 3e section notamment n'est pas conçue dans l'esprit de la Conférence ; elle devrait être plus étendue et contenir l'étude des mesures propres à empêcher de nouvelles invasions du choléra en Europe.

M. le Dr Mühlig est contraire à la division en trois sections. Deux suffiraient : la première traiterait des mesures prophylactiques ou de préservation en général et devrait se subdiviser elle-même en deux sous-sections 1° mesures hygiéniques, 2° quarantaines. La question dominante de cette première section serait celle de la désinfection, c'est-à-dire la destruction du germe cholérique là où il a été importé. La seconde section comprendrait tout ce qui se rapporte à l'application des mesures de préservation 1° aux contrées génératrices du choléra, 2° aux contrées intermédiaires, 3° à l'Europe.

M. le Dr Dickson donne son approbation au travail de la Commission. Le § 20 de la 3e section seul lui paraîtrait, comme à M. Stuart, devoir être supprimé ou modifié.

M. le Dr Fauvel déclare se ranger à l'opinion de M. le Dr Mühlig quant à la réunion en un seul groupe de toutes les mesures de préservation en général.

M. Segovia objecte qu'une seule Commission ne pourra discuter toutes les questions que soulève l'étude du 3e groupe du programme. Elle devra forcément se diviser en sous-Commissions, et forcément aussi la même sous-Commission qui s'occupera des mesures d'hygiène ne pourra se charger en même temps des mesures de quarantaine. Cela seul serait un obstacle à la réunion des deux premières sections en une seule.

M. le Dr Mülhig répond que ce qu'il importe de chercher et de trouver, c'est une division logique du travail. La question des Commissions à nommer est secondaire et ne saurait entrer en ligne de compte.

M. le Ch^er^ Pinto de Soveral se prononce pour la division en deux sections.

M. le C^te^ de Lallemand prend aussi la parole dans le même sens.

M. le D^r^ Monlau dit que la Commission s'est bornée à classer aussi logiquement que possible les questions contenues dans le 3^e^ groupe du programme tel qu'il a été adopté par la Conférence. Il y a entre les mesures purement hygiéniques et les mesures restrictives ou quarantenaires des différences qui ont motivé leur séparation en deux sections ; restait la grosse question du pèlerinage qui en nécessitait une troisième. La Commission ne s'est pas astreinte à suivre l'ordre du programme, les Commissions qui seront nommées devront bien entendu avoir la même latitude et même celle d'introduire, s'il y a lieu, de nouvelles questions.

MM. de Krause et Stenersen demandent qu'on ajourne cette discussion ; il est nécessaire qu'on laisse à chacun le temps de bien étudier la proposition de M. le D^r^ Mühlig.

M. le D^r^ Pelikan défend la division en trois sections. La question des quarantaines qui comporte l'étude des changements qu'il conviendrait peut-être d'apporter aux législations sanitaires en vigueur dans les divers Etats, a une importance telle qu'on ne pouvait pas se dispenser d'en faire l'objet d'un groupe spécial. Il s'agit, d'ailleurs, uniquement de savoir si la division proposée par la Commission est logique et si elle permettra d'activer les travaux, ce qui est le but qu'on avait en vue.

M. le Prof^r^ Van Geuns parle dans le même sens : la trisection aura, dans son opinion, un autre avantage, celui de permettre d'utiliser les diverses spécialités qui existent au sein de la Conférence et qui trouveront leur place marquée dans les sous-Commissions qui auront à étudier chacune des trois sections. M. le Délégué des Pays-Bas croit aussi qu'elle fera gagner du temps. Il ne lui paraît pas au surplus y avoir une bien grande différence entre la division proposée par la Commission et celle de M. le D^r^ Mühlig.

M le Prof^r^ Bosi croit également devoir appuyer les conclusions de la Commission. C'est aller contre le but qu'on se proposait en l'instituant que de prolonger cette discussion ; on donne trop d'importance à des questions de classification et loin de gagner du temps, on ne fait qu'en perdre. La Commission s'est déclarée prête à accepter les modifications de détail, on pourrait donc voter de suite sur la question de la division générale.

M. le C^te^ de Lallemand croit au contraire qu'une bonne classification a la plus grande importance. Il trouve celle de M. le D^r^ Mühlig excellente et ne pense pas, comme semblent le croire quelques personnes, qu'elle renverse le travail de la Commission.

M le D^r^ Lenz ne se rend pas compte de l'avantage qu'il y aurait à diviser dans le travail *l'étude* et *l'application* des mesures prophylactiques. L'étude de ces mesures est déjà faite par chacun des membres de la Conférence dont la mission n'est du reste pas d'écrire des *traités théoriques* sur les mesures prophylactiques. Ce dont on doit s'occuper c'est de *l'application* de ces mesures en se fondant sur ce que l'expérience a appris et aussi sur les études précédemment faites à l'occasion des deux premiers groupes du programme M. le D^r^ Lenz et, avec lui, M. le D^r^ Bykow, se prononce donc pour la division en trois sections à savoir : 1° mesures hygiéniques en général, 2° mesures quarantenaires en général, et 3° mesures hygiéniques et quarantenaires spéciales pour les pays que l'on croit le berceau du choléra. MM. les Délégués de Russie prient M. le Président de faire passer au vote.

M. le D^r^ Sawas fait la même demande ; si la division adoptée par la Commission est rejetée, le moment sera venu de discuter et de voter sur celle de M. le D^r^ Mühlig.

M. de Krause persiste à croire qu'il serait préférable de remettre le vote à une autre séance.

M. Kalergi partage cette manière de voir.

M.le D^r^ Fauvel pense qu'il faut bien faire en sorte de ne pas adopter une mauvaise classification L'étude des deux premiers groupes du programme eut exigé bien moins de temps si on l'avait fait précéder d'un examen préparatoire sérieux, à l'effet de mieux diviser le travail. Il est arrivé que la même question a été traitée par plusieurs Sous-Commissions à la fois. La division conseillée par M. le D^r^ Mühlig permettrait d'éviter cet inconvénient Les opinions sont faites, il est vrai et comme l'a dit M. le D^r^ Lenz, sur la prophylaxie, mais encore il importe de les faire connaître. Quand on aura procédé à une étude approfondie des mesures préservatrices en général, les questions d'application ne soulèveront plus de grandes difficultés. La division en deux sections ne diffère pas bien sensiblement du reste de celle que propose la Commision puisque M. le D^r^ Mühlig subdivise son premier groupe en deux sous-sections.

La clôture de la discussion étant de nouveau demandée de divers côtés,

M. le Dr Fauvel se déclare prêt à voter pour la trisection si la Commission consent à ce que les titres des sections soient modifiés.

M. le Dr Bartoletti fait la même déclaration.

M. le Cte de Lallemand pense que la proposition à voter pourrait être ainsi formulée : division du 3e groupe du programme en trois sections sauf à modifier, s'il y a lieu, les titres des sections.

M. le Profr Bosi demande avec M. le Dr Monlau que la division proposée par la Commission soit mise aux voix telle quelle. Plus tard, lors de la discussion des différentes sections, on verra s'il convient d'en changer les rubriques.

M. Stenersen insistant pour que la Conférence soit préalablement consultée sur la question de l'ajournement, il est fait droit à cette demande. La Conférence se prononce contre l'ajournement à la majorité de 17 voix contre 4.

La division proposée par la Commission, c'est-à-dire la répartition des questions portées au 3e groupe du programme en trois sections, est ensuite mise aux voix par S. Exc. Salih Efendi et adoptée par 13 voix contre 8.

La discussion est alors ouverte sur les titres à donner aux trois sections, mais pour être presque immédiatement interrompue, à la demande d'une partie de l'assemblée, après quelques paroles échangées entre MM. les Drs Fauvel, Monlau et Mühlig.

M. Kalergi propose qu'on avance désormais l'heure des séances. On pourrait se réunir à midi et finir à quatre heures et demie.

La Conférence donne son assentiment à cette proposition et s'ajourne ensuite au jeudi 31 mai à midi.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Président de la Conférence Sanitaire
SALIH.

Les Secrétaires,
Bon DE COLLONGUE. NARANZI. —

(ANNEXE AU PROCÈS-VERBAL, N° 9) (*)

RAPPORT

A LA CONFERENCE SANITAIRE INTERNATIONALE

SUR LES QUESTIONS DU PROGRAMME RELATIVES

à l'origine, à l'endémicité, à la transmissibilité et à la propagation du choléra,

Fait par une Commission composée de MM. le C^te^ de Lallemand, le C^te^ de Noidans et Segovia, *diplomates* et de MM. les D^rs^ Bartoletti, Bykow, Bosi, Dickson, Fauvel, Goodeve, Gomès, B^on^ Hübsch, Lenz, Maccas, Millingen, Monlau, Mühlig, Pélikan, Polak, Salem, Salvatori, Sawas, Sotto, I. Spadaro, et Van-Geuns, *médecins*.

D^r^ A. Fauvel, rapporteur général.

Messieurs,

Avant de vous exposer les résultats de son travail, la Commission croit bon de vous faire connaître comment elle a procédé, afin que vous puissiez vous rendre compte du soin qu'elle a mis à élucider les questions nombreuses confiées à son examen. La Commission s'est d'abord constituée : elle a choisi pour Président M. le D^r^ Bartoletti et pour Secrétaires, M. le C^te^ de Noidans et M. le B^on^ D^r^ Hübsch ; puis, pour faciliter son travail, elle s'est fractionnée en six sous-commissions, ou sections, ayant chacune une tâche distincte.

(*) La Conférence a décidé dans sa séance du 2 juillet (procès-verbal N° 22) que le présent rapport serait réimprimé avec indication en note des modifications adoptées par elle.

Première section : MM. Segovia, *président*; Goodeve; Polak; Van Geuns; Pelikan, *rapporteur*.

La première section, composée de cinq membres, a été chargée de répondre aux questions comprises dans le 1er groupe du programme, sur l'origine et la genèse du choléra ; c'est-à-dire qu'elle avait à élucider les questions si importantes et si ardues de l'endémicité et de l'épidémicité de cette maladie dans l'Inde.

Deuxième section : MM. de Lallemand, *président* ; Hübsch; Pelikan ; Mühlig, *rapporteur*.

La 2me section avait à s'occuper des faits relatifs à l'importation et à la transmissibilité de la maladie ; son champ d'études comprenait les trois premiers paragraphes du second groupe de questions.

Troisième section : MM. Sotto, *président*, Monlau; de Noidans; Sawas; Maccas, *rapporteur*.

La 3me section devait étudier plus particulièrement les circonstances de la transmission : comment, par quels intermédiaires le choléra peut-il être transmis ? quels sont en un mot les agens de la transmission ?

De plus, cette section avait à traiter la question de l'immunité considérée par rapport à certains pays, à certaines localités, par rapport aux individus séjournant au milieu d'un foyer cholérique.

Quatrième section : MM. Gomès, *président*; Fauvel; Salem; Lenz, *rapporteur*.

La 4me section avait pour tâche d'établir l'influence des agglomérations d'hommes, tant sur la violence des épidémies cholériques que sur la propagation de la maladie Elle devait envisager cette influence, soit à bord des navires, soit dans les lazarets, soit par rapport aux armées, aux foires, aux pèlerinages, enfin à toutes les agglomérations. Par contre, elle devait déterminer l'influence de la dissémination sous tous les points du vue.

Elle devait encore faire la part des conditions hygiéniques envisagées comme causes adjuvantes dans les épidémies de choléra.

Cinquième section : MM. MILLINGEN, *président*; DICKSON; BOSI, *rapporteur*.

La 5me section avait à résumer tous les faits acquis, pour en déduire, autant que possible, une doctrine par rapport aux attributs du principe générateur du choléra, envisagés au point de vue de la prophylaxie.

Sixième section : MM. GOEDEVE, *président*; BYKOW; SALVATORI; BARTOLETTI, *rapporteur*.

Enfin la 6me section avait à donner un aperçu général de la marche et de la propagation du choléra en 1865.

Cette simple énumération, qui donne une idée de l'importance des nombreuses questions à résoudre par la Commission, explique suffisamment pourquoi près de deux mois se sont écoulés depuis sa première réunion jusqu'à l'accomplissement complet de sa tâche. Dans ce laps de temps la Commission n'a pas consacré moins de 19 séances plénières à la discussion des rapports partiels élaborés par les sections. Toutes les questions posées y ont été débattues avec le plus grand soin, sans parti pris, sans autre préoccupation que d'arriver à la vérité par une déduction rigoureuse des faits. La Commission n'a jamais perdu de vue le but pratique de ses études ; aussi a-t-elle écarté de ses débats toute spéculation théorique ; elle n'a pas oublié que son travail devait servir de base à la prophylaxie ; et comme elle est convaincue que la plupart des conclusions qu'elle a formulées peuvent en effet conduire à l'application de mesures d'une grande importance, elle ne regrette ni le temps, ni les efforts qu'elle a consacrés à les établir solidement.

La Commission ne s'est pas contentée de la première élaboration, nécessairement un peu incohérente, qui résultait de la discussion des rapports partiels ; elle a voulu que tous ces éléments épars fussent réunis, coordonnés et condensés dans un rapport général qui serait l'expression de son jugement, et auquel les rapports partiels, avec leurs annexes, serviraient de pièces justificatives.

C'est ce travail d'ensemble, adopté par elle, que la Commission a l'honneur de soumettre à la Conférence, travail qui, comme on vient de le voir, est le résultat de trois discussions successives.

La Commission n'a donc pas à craindre le reproche de s'être prononcée

légèrement et sans examen; elle a la conscience d'avoir procédé avec toute la maturité convenable ; et si elle n'a pas pu résoudre tous les problèmes soumis à son étude, c'est que l'état actuel de nos connaissances ne le permettait pas.

—

PREMIER GROUPE DE QUESTIONS :

Origine et Genèse du Choléra ; endémicité et épidémicité de cette maladie dans l'Inde.

Si la Commission avait pu résoudre tous les problèmes posés dans ce premier groupe, elle aurait assurément répondu au but principal de la Conférence, qui est de rechercher l'origine et les causes primordiales du choléra, pour arriver aux moyens pratiques de le circonscrire et de l'étouffer à son point de départ. Malheureusement il n'en est point ainsi. La Commission a pu, sans doute, répondre catégoriquement à plusieurs des questions posées ; mais celles qu'il importerait le plus de résoudre sont restées indécises, faute de documents suffisants. Néanmoins, tout en restant dans le doute sur les points obscurs, la Commission s'est appliquée à préciser, plus qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, les termes du problème dont la solution intéresse le monde ; et, en cela, elle croit avoir fait une chose d'une grande utilité.

Dès à présent, la Commission croit devoir avertir qu'elle ne s'est astreinte ni à l'ordre ni à la lettre des questions inscrites dans le programme, la discussion ayant démontré la nécessité d'y introduire certaines modifications propres à donner plus de clarté à l'exposition.

I

D'où le choléra, dit asiatique, est-il originaire ? Et dans quelles contrées existe-t-il de nos jours à l'état endémique ?

Pour répondre à la première de ces deux questions, la Commission n'a pas jugé nécessaire d'entreprendre de nouvelles recherches en vue de déterminer si le choléra que nous observons de nos jours est une maladie

récente ou ancienne : tout ce qu'il sera jamais permis de savoir sur ce point a , très probablement, été dit.

Il est hors de doute que bien avant 1817, et même à une époque qui remonte aux premiers établissements des Européens dans l'Inde, on avait observé, dans cette contrée et dans quelques-uns des pays voisins, une maladie ayant la plus grande analogie avec le choléra de notre époque et sévissant parfois sous forme d'épidémies violentes. Ainsi, dès le 16^{me} siècle, un médecin portugais très connu, Garcia da Horta, signala dans l'Inde l'existence d'une maladie, appelée *Mordechin* ou *Mordexin* qui, d'après la description qu'il en donne, n'était autre que le choléra *(communication faite par M. le Dr. Gomès)*. Mais pour ne pas remonter au delà des temps sur lesquels nous avons des notions précises, il suffit de rappeler que dans la dernière partie du 18^{me} siècle (1781, 1783, 1791), plusieurs épidémies de choléra très meurtrières furent constatées dans différentes parties de l'Inde, et cela dans des provinces parfois très distantes l'une de l'autre : telles furent l'épidémie observée en 1783 à Hurdwar au nord de l'Hindoustan et celle signalée, à peu près vers la même époque, à Travancore au sud de la péninsule.

Mais ce qui est également certain et important à noter, c'est que, à partir de la fin du siècle dernier, soit que la maladie se fût entièrement éteinte, soit plutôt qu'elle ait échappé à l'attention des médecins à cause de son peu d'importance, il ne fut plus question de choléra épidémique dans l'Inde, ni ailleurs, jusqu'en 1817. Ce qui est encore certain, c'est que les médecins anglais (le D^{r} Titler, entr'autres , qui se trouvèrent les premiers en présence de l'épidémie de Jessore n'y reconnurent pas de prime abord le choléra qu'ils observaient ordinairement à l'état sporadique et crurent avoir affaire à une maladie nouvelle ; circonstance qui tendrait à faire admettre qu'en effet le nouveau choléra différait à certains égards de l'ancien.

Quoi qu'il en soit, que la maladie de 1817 fût identique ou non à celle des épidémies précédentes, toujours est-il que de là date une phase nouvelle dans l'histoire du choléra. Au lieu de rester, comme autrefois, circonscrit dans les provinces où il apparaissait de temps à autre sous forme d'épidémies qui s'éteignaient sur place, le choléra prend tout à coup un caractère *envahissant*.

Il gagne, de proche en proche, dans toutes les directions, et en peu de

temps se généralise dans la majeure partie de l'Inde, en offrant dans sa marche extensive des rémissions passagères. Bientôt il franchit les limites de ce pays, non pas dans une seule direction, mais par toutes les issues qui donnent passage à des courants humains.

Pendant plusieurs années cette émission cholérique de l'Inde, se répète. Le plus grand nombre de ces courants dirigés dans tous les sens s'éteignent en route ; mais enfin, par le nord ouest, la maladie trouve un passage, et elle fait son apparition pour la première fois en Europe en 1830 (1). Cette épidémie, après plusieurs années de ravages dans le monde, s'éteint partout où elle avait pénétré, à l'exception de l'Inde et peut-être aussi de quelques pays adjacents ; mais dans l'Inde même, à dater de 1817, le choléra reste en permanence. Désormais des études suivies et des documents authentiques constatent sa présence constante, soit à l'état endémique dans certaines localités, soit à l'état d'épidémies plus ou moins généralisées, tantôt dans une province, tantôt dans une autre ; épidémies qui se répètent à des intervalles souvent très rapprochés. Ce n'est plus comme autrefois une maladie comparable, en temps ordinaire, au *cholera nostras* de nos pays et revêtant de loin en loin la forme d'épidémies limitées, c'est une affection, à certains égards, nouvelle, qui a des foyers d'émission toujours actifs, foyers permanents d'où la maladie rayonne et se propage au loin sous forme d'épidémies envahissantes.

Voilà ce qu'il importe surtout de savoir ; car c'est là ce qui donne au choléra de 1817 un intérêt tout particulier pour nous.

Qu'est-il en effet résulté de ce nouvel état de choses dans l'Inde ? c'est que par le fait de ce foyer permanent et des émissions qui en partaient, les pays limitrophes, ou à proximité de l'Inde, furent le théâtre d'épidémies répétées de choléra, et que deux fois encore jusqu'à nos jours la maladie parvint à se frayer une route jusqu'en Europe, non pas, comme on l'a prétendu, en suivant une direction fatale, mais par les voies qui se prêtaient le mieux à son passage. C'est ainsi qu'en 1847, il pénétra en Europe à la fois par la mer Caspienne et par la mer Noire, tandis qu'au sud il arrêtait sa course dans la Mésopotamie et dans le Hedjaz. C'est ainsi encore qu'en 1865, et cette fois, grâce à des moyens de transport

(1) En 1823, le choléra s'était montré momentanément à Astrakan.

rapides, il arriva en très peu de temps, par la voie la plus courte, jusque dans le bassin de la Méditerranée.

De ce simple aperçu, basé sur l'étude attentive des faits, découlent deux choses, qui d'ailleurs ne sont pas contestées, savoir : que le choléra dont l'Europe a souffert, à trois reprises différentes, a eu son point de départ originaire dans l'Inde proprement dite, et que depuis 1817 ce pays a été le foyer constant d'où la maladie a rayonné en tous sens. Aussi la Commission tout entière a-t-elle pu répondre sans hésitation que *le choléra asiatique, celui qui à diverses reprises a parcouru le monde, a son origine dans l'Inde où il a pris naissance et où il existe en permanence à l'état endémique.*

(Adopté à l'unanimité).

II

En dehors de l'Inde, le choléra asiatique existe-t-il de nos jours quelque part à l'état endémique ?

Bien qu'aucun fait ne soit venu jusqu'ici démontrer que le choléra asiatique ait jamais eu son point de départ ailleurs que dans l'Inde et qu'il soit probable que dans aucune autre contrée il n'existe à l'état d'endémie permanente et capable de donner lieu à des épidémies envahissantes, cependant la Commission a cru devoir établir une distinction entre les pays limitrophes ou voisins de l'Inde, sur le compte desquels il n'existe pas de données suffisantes pour se prononcer, et les contrées où il est incontestable que le choléra est toujours venu du dehors.

Dans la première catégorie se trouvent l'Indo-Chine, la Chine, les Iles de l'Archipel Indien (1) et plus près de nous, l'Afghanistan, le Bélouchistan, la Perse (2) et la Côte orientale et méridionale de la péninsule Arabique. En effet, depuis 50 ans ces divers pays ont été le théâtre d'épidémies cho-

---

(1) La Conférence a adopté la proposition suivante dans sa séance du 14 juin (procès-verbal n° 16) : « Sont exclues de la catégorie des pays douteux les possessions hollandaises de l'Archipel Indien sur le compte desquelles il n'y a aucun soupçon d'*endémicité*. »

(2) La Conférence a décidé (séance du 11 juin, procès-verbal n° 15) que la Perse serait exclue de ce paragraphe.

lériques très répétées qui, sans doute, sont très explicables par des importations réitérées de l'Inde, — et la Commission admet que très probablement il en est ainsi—; mais comme il est avéré que l'endémie cholérique s'est manifestée depuis peu dans certaines régions de l'Inde, par exemple à Cawnpore et à Allahabad, où elle n'existait pas auparavant, et que le même fait pourrait bien se produire ailleurs, la Commission, faute de données suffisantes sur ces pays, a jugé convenable de rester dans le doute. (1)

Il n'en est plus de même pour ce qui concerne l'Europe, les Provinces Caucasiennes, la Turquie d'Asie, tout le nord de l'Afrique et les deux Amériques ; pour toutes ces contrées la Commission n'hésite pas à déclarer que le choléra asiatique, le choléra *envahissant*, n'y a jamais pris naissance. On ne saurait citer aucune épidémie de cette nature qui ait eu pour origine un point quelconque de ces pays. D'un autre côté, toutes les épidémies cholériques qu'on y a observées ont pu être toujours suivies, pour ainsi dire, d'étape en étape, et, en remontant vers la source, rattachées à une origine indienne.

Sans doute il n'a pas toujours été possible de suivre sans interruption la filiation des faits, et il y a des cas qui prouvent qu'une fois le choléra implanté dans une localité européenne, à St-Pétersbourg par exemple, il a pu s'y maintenir plusieurs années de suite; mais comme il n'entre pas dans

---

(1) La Conférence a décidé (séance du 14 juin, procès-verbal n° 16) qu'ici serait ajouté, relativement à la Perse, un paragraphe spécial ainsi conçu :

« La Conférence n'a pas voulu que la Perse fut comprise parmi les contrées qui viennent d'être énumérées; elle a pensé que ce pays, à raison de sa position géographique, de l'importance de ses relations et des nombreuses épidémies de choléra dont il a été le théâtre, méritait une mention spéciale.

« Il résulte en effet de documents authentiques fournis par l'administration sanitaire ottomane que,— sans tenir compte de l'époque antérieure sur laquelle elle ne possède pas de notions précises — dans l'espace de onze ans (de 1851 à 1862) la Perse a été affligée d'épidémies cholériques pendant neuf années, savoir: en 1851-52-53-55-56-57-58-60 et 61. Il résulte des mêmes documents que sur ces neuf épidémies, celle de 1851 semble avoir été importée en Perse par Bassorah où elle a sévi tout d'abord, puis par plusieurs autres points de la province de Bagdad; — que pour les huit autres, au contraire, le choléra existait en Perse avant de faire invasion sur le territoire ottoman à la suite des pèlerins, soit par Mohammerah, soit par plusieurs autres points de la frontière, notamment par Khaneguine et Mendeli. Il faut ajouter toutefois que dans trois de ces huit invasions, la filiation des faits démontrant l'importation de Perse en Turquie n'a pu être établie.

» Dans l'opinion de la Conférence, cette fréquence des épidémies de choléra en Perse ne prouve pas que cette maladie y soit endémique, puisque de 1862 à 1865 il y a eu un intervalle de trois ans et demi sans qu'aucune manifestation cholérique y ait été signalée; seulement elle mérite de fixer l'attention. »

Sur la demande de MM. les Délégués de Perse, la Conférence a décidé, en outre (voir le même procès-verbal, n° 16) d'ajouter à ce qui précède les trois déclarations suivantes : 1° qu'avant 1821, le choléra n'existait pas en Perse ; 2° que jusqu'à cette époque il n'y avait pas en Perse de dénomination spéciale pour désigner cette maladie ; 3° que pendant quarante-trois ans la Perse n'a transmis le choléra en Russie que quatre fois. »

notre plan de traiter dans ce paragraphe du mode de propagation, ni des causes qui favorisent la tenacité de la maladie, nous nous en tiendrons aux deux considérations précédentes.

Il va sans dire qu'il ne saurait être question ici de la maladie désignée communément sous le nom de *choléra nostras* qui,bien qu'ordinairement sporadique dans nos pays, peut aussi, par exception et dans les saisons chaudes, y revêtir la forme épidémique. Il suffit, pour établir la distinction, de faire remarquer que cette maladie, sous quelque forme qu'elle se montre, n'offre en général ni la même gravité, ni le même appareil symptomatique que le choléra indien, et de plus—caractère distinctif fondamental — que jamais une épidemie de ce genre n'est devenue un *foyer propagateur* de la maladie

Ainsi, la Commission considère comme démontré que le choléra asiatique, envahissant, ne s'est jamais développé spontanément et n'a jamais été observé à l'état d'endémie, (qu'il faut bien distinguer des foyers secondaires plus ou moins tenaces) *dans aucun des pays qui viennent d'être énumérés* (Europe, etc), *et qu'il y est toujours venu du dehors. Quant aux pays voisins de l'Inde, tout en admettant comme probable que le choléra n'y existe pas à l'état endémique, la Commission ne se croit pas autorisée à conclure formellement à cet égard.*

(Adopté par tous les membres de la Commission, moins MM. Polak, Sawas et Van Geuns).

III

N'y a-t il pas lieu de craindre que le choléra ne vienne à s'acclimater dans nos pays ?

La réponse à cette question ne peut être que dubitative. En effet, si l'on considère que l'épidémie venue en Europe en 1847 s'y est maintenue beaucoup plus longtemps que la précédente et y a donné lieu dans certaines localités, à St-Pétersbourg par exemple, à des foyers secondaires d'une assez longue durée, il semblerait que des invasions répétées seraient capables d'acclimater en quelque sorte le principe de la maladie ; mais comme on ne sait pas encore à quoi s'en tenir sur ce point pour les pays limitrophes de l'Inde, à plus forte raison n'est-on pas autorisé à admettre qu'il

en serait nécessairement ainsi *pour nos pays*. C'est pourquoi *la Commission, sans rejeter la possibilité du fait, le regarde comme problématique.*

(Adopté à l'unanimité).

IV

Y a-t-il dans le Hedjaz un foyer originel de choléra, permanent ou périodique ?

La Conférence ayant décidé que, vû l'importance particulière qui s'y rattache, la question du choléra dans le Hedjaz serait étudiée d'une manière toute spéciale, il a été constaté d'abord que les voyageurs renommés (particulièrement Niébuhr et Burckardt) qui ont visité ce pays avant l'invasion de 1831, n'y font aucune mention du choléra épidémique, bien qu'ils parlent très-explicitement des maladies qui y règnent. De plus, il parait certain qu'avant ladite invasion il n'existait même pas, dans le Hedjaz, de dénomination applicable au choléra épidémique.

D'un autre côté, il résulte de documents nombreux, publiés ou inédits, qu'à partir de 1831 le choléra épidémique a fait de fréquentes apparitions dans le Hedjaz : ainsi (pour ne citer que celles sur lesquelles il existe des renseignements certains) en 1835, 1846, 1847, 1848, 1859 et années suivantes jusqu'à la grande épidémie de 1865 (1), avec cette particularité toutefois que, pendant les six années consécutives de 1859 à 1864, la maladie ne prit pas un grand développement. A ces circonstances, si l'on ajoute que la manifestation du choléra dans le Hedjaz a toujours coïncidé avec l'époque du pèlerinage, que l'opinion générale dans le pays est qu'il est toujours importé par les pèlerins venant de l'Inde, et qu'enfin en plusieurs occasions, et, notamment, en 1865, il est avéré qu'effectivement des provenances de l'Inde atteintes de choléra sont arrivées dans le Hedjaz avant que la maladie s'y fût encore manifestée,on arrive à cette conclusion, qui est celle de la Commission, — *que le choléra asiatique ne parait pas avoir*

---

(1) Il convient de faire observer que la présence du choléra à Djeddah chaque année au moment du retour des pèlerins, depuis 1859 jusqu'en 1864, est attestée par un rapport de M. Stanley, consul d'Angleterre à Djeddah, pendant ces six années, et est signalée également, en ce qui concerne 1864, par M. de Ste-Marie,agent consulaire de France dans la même ville.

dans le Hedjaz de foyer originel, mais qu'il semble y avoir été jusqu'ici toujours importé du dehors.

(Adopté à l'unanimité, moins M. Goodeve).

V

Y a-t il dans l'Inde certaines localités qui aient le privilège exclusif d'engendrer le choléra, ou qui soient plus particulièrement favorables à son développement ? En d'autres termes, le choléra est-il endémique dans toutes les parties de l'Inde ou seulement dans certaines régions qu'il soit possible de circonscrire ?

Il est reconnu que dans l'Inde le choléra ne se manifeste pas partout avec la même fréquence, ni de la même manière. Les observations faites à ce sujet ont établi les distinctions suivantes :

Le choléra règne de préférence comme maladie *endémique*, avec une tendance à revêtir, à de certaines époques, une forme épidémique, dans le Bengale en général, mais surtout dans la ville de Calcutta, et, avec moins d'intensité, dans les stations de Cawnpore et d'Allahabad et leurs environs ; et, pour ce qui concerne les autres parties de l'Inde, à Arcot près de Madras et à Bombay.

Il se montre comme maladie *épidémique*, paraissant *tous les ans ou presque tous les ans* avec plus ou moins de violence, dans les villes de Madras, Conjévéram, Pooree (juggurnath), Tripetty, Mahadeo, Trivellore et d'autres endroits où ont lieu des agglomérations de pèlerins hindous ;

Il apparait encore comme maladie *épidémique*, mais à des époques indéterminées dont les intervalles ne dépassent pas, pour la plupart, la période de 4 ou 5 ans, dans les provinces du Nord-Ouest de l'Hindoustan, —en 1845, 1852, 1856, 1861. — ainsi que dans toutes les parties des présidences de Madras, de Bombay et dans le Pégu.

Il résulterait donc de cette distinction que le choléra n'est endémique que dans une portion assez limitée de l'Inde, surtout dans la vallée du Gange proprement dite, et que toutes les autres parties de cette vaste contrée seraient par rapport au choléra dans les mêmes conditions, au voisinage près, que les pays extrà-indiens, c'est-à-dire que la maladie n'y apparaîtrait qu'accidentellement et à l'état épidémique, sous l'influence de causes plus ou moins appréciables.

Mais pour que cette distinction eût toute son importance et pût conduire à un résultat pratique, il faudrait qu'elle fût établie avec précision. Or il n'en est point ainsi. Dire que le choléra est endémique dans la vallée du Gange et dans le Delta formé par ce fleuve et le Brahma-Poutra, sans indiquer, autrement qu'il n'a été fait, les points de cette vaste étendue qui ont le privilège de l'endémicité, c'est laisser la question dans un vague dont on ne saurait rien conclure de positif. La Commission espérait recevoir communication de documents officiels propres à l'éclairer sur ce point capital de l'étiologie du choléra : mais elle ne les a point reçus, sans doute faute de temps pour les préparer et les envoyer de l'Inde. Elle ne peut donc que signaler cette lacune importante.

Il ne suffirait pas même de connaître avec précision les localités où le choléra règne aujourd'hui en permanence, il faudrait encore savoir s'il y a des points où la maladie n'a jamais fait défaut depuis qu'on l'étudie, s'il en est où l'endémie a disparu pour renaître plus tard, et enfin quelles sont, avec exactitude, les localités où l'endémie est un fait relativement nouveau, ainsi qu'il en existe ? Ensuite est-il bien certain que le choléra ne soit endémique que dans les circonscriptions indiquées et n'y a-t-il pas raison de soupçonner qu'il en soit ainsi dans certains de ces lieux de pèlerinage où chaque année le choléra prend un développement épidémique ?

De la réponse plus ou moins catégorique à ces questions pourraient ressortir des indications pour arriver aux conditions de la genèse de la maladie et aux moyens prophylactiques à y opposer.

Toutefois, la connaissance exacte des foyers endémiques serait encore insuffisante, il importerait d'y ajouter celle des principales épidémies qui ont régné dans l'Inde depuis 1817, avec l'indication aussi précise que possible de leur point de départ, afin de voir si ces épidémies ont eu, oui ou non, leur origine dans un foyer d'endémie,ou par l'effet de provenances parties de ce foyer. Il est probable que, sur cette question, les archives indiennes pourraient donner des éclaircissements décisifs. Enfin, il serait intéressant de connaître si,dans l'Inde,il y a des régions ou des localités qui se soient, jusqu'à présent, montrées réfractaires à la propagation du choléra.

A l'aide de toutes ces notions il serait peut-être permis d'établir ce que nous pouvons déjà supposer, savoir : que dans l'Inde il n'existe qu'un petit nombre de foyers endémiques de choléra, d'où sont sorties les épidémies qui ont ravagé ce pays d'abord, et ensuite le monde.

Pour le moment la Commission ne peut que répondre *qu'il y a dans l'Inde certaines localités, comprises principalement dans la vallée du Gange, où le choléra est endémique, sans qu'il soit possible de les préciser toutes, ni d'affirmer qu'elles aient le privilège exclusif de donner naissance à la maladie.*

(Adopté à l'unanimité).

VI

Connaissons-nous les causes par le concours desquelles le choléra naît spontanément dans l'Inde, ainsi que les circonstances qui lui font revêtir la forme épidémique ?

S'il est incontestable que le choléra n'existe dans l'Inde à l'état endémique que dans certaines circonscriptions plus ou moins bien déterminées, c'est là, et non ailleurs, qu'il faut rechercher les circonstances qui peuvent donner naissance à la maladie ou, si l'on aime mieux, produire l'endémicité. Or, soit qu'aucune recherche suivie n'ait été faite à ce sujet, soit difficulté du problème ou tout autre motif, il est positif que ces circonstances n'ont pu, jusqu'à présent, être précisées d'une manière satisfaisante.

Les hypothèses toutefois n'ont pas manqué. La principale consiste à attribuer l'endémicité du choléra dans le Bengale aux alluvions du Gange et du Brama-Poutra, alluvions rendues plus particulièrement délétères, sous un climat brûlant, par la fermentation des détritus animaux et végétaux dont le sol est imprégné. Dans cette supposition le choléra endémique serait la conséquence de certaines émanations de ce sol fangeux. On ajoute que la coutume traditionnelle des Hindous d'abandonner au cours du fleuve sacré les cadavres à demi brûlés, pourrait expliquer le privilège d'endémicité dont le Delta du Gange serait en possession. Enfin quelques personnes, et entr'autres M. le Dr Bonnafont *(le choléra et le congrès sanitaire, Paris,* 1866*)* croient pouvoir se rendre compte de la permenance du choléra dans l'Inde et de la plus grande fréquence des épidémies, à partir de la fin du siècle dernier et notamment depuis 1817, par la ruine des grands travaux hydrauliques exécutés par les anciens dominateurs de ce pays, et ayant pour but l'aménagement, la distribution et l'écoulement facile des eaux ; ruine qui, d'après certains passages ex-

traits d'un livre publié il y a plus de 20 ans par M le C^te^ de Warren, et d'autres tirés d'un journal anglais de la même époque *(India News,* 1844*)* serait dûe à l'incurie de la Compagnie des Indes et aurait eu pour conséquence l'insalubrité de contrées jusqu'alors relativement saines.

Toutes ces assertions, qui ne tendent à rien moins qu'à déterminer d'une manière précise la cause du choléra dans l'Inde, et qui paraissent jouir d'un certain crédit en Europe, ont été de la part de la Commission l'objet d'un examen attentif.

A l'hypothèse qui attribue la genèse du choléra aux alluvions du Gange, l'honorable M. Goodeve, à la parole de qui un long séjour dans l'Inde donne beaucoup d'autorité, M. Goodeve répond que, dans l'Inde, d'autres fleuves que le Gange présentent des alluvions analogues, sans que pour cela le choléra règne à l'état endémique sur le sol qu'ils baignent ; que tel est en particulier dans une contrée voisine, l'Irawaddy, un immense fleuve dont le delta n'a pas cependant le même privilège que celui du Gange et où le choléra n'apparaît que de temps à autre sous forme épidémique ; que sans doute les alluvions du Gange sont pour le Bengale, comme partout ailleurs, une grande cause d'insalubrité, qui peut jusqu'à un certain point favoriser la manifestation du choléra, mais non pas expliquer sa genèse. Quant au rôle des cadavres humains abandonnés au cours du fleuve, M. Goodeve, d'accord en cela avec M. de Valbesen, ancien consul général de France à Calcutta, n'y voit qu'une influence morbifique dont on a exagéré l'importance ; et d'ailleurs il ne faut pas oublier que cette coutume remonte à un temps immémorial, tandis que l'existence permanente du choléra sur les bords du Gange est un fait nouveau.

Enfin, pour ce qui est de l'explication fondée sur les assertions de M. de Warren, M. Goodeve déclare qu'elle est entièrement contredite par les faits. D'abord les canaux dont on parle avaient été détruits, ou avaient cessé de fonctionner, bien avant la domination anglaise dans l'Inde, et ensuite ils existaient principalement dans le Carnatic, au sud de la péninsule, et non dans le delta du Gange et du Brama-Poutra où le choléra de 1817 prit naissance. Ce delta n'a jamais eu de ces travaux hydrauliques, et les eaux y ont coulé depuis des siècles dans les mêmes conditions. Ceux qui croient à la possibilité d'assainir cette région par des travaux de ce genre feraient bien de venir étudier la question sur les lieux ; ils verraient à l'époque de la grande crûe, en septembre, avec quelle force les

eaux larges et profondes, fournies par une multitude d'affluents, s'écoulent vers la mer par un grand nombre des bouches, sur une étendue de plus de 100 milles en largeur ; ils verraient partout le peu d'élévation du sol, et l'immensité du territoire à dessécher, et alors ils comprendraient peut-être les difficultés d'un tel travail, pour obtenir un résultat d'ailleurs très problématique, à savoir l'extinction du choléra ; laquelle serait plus probablement obtenue par des mesures hygiéniques applicables à la manière de vivre des populations ; c'est dans ce sens, ajoute M. Goodeve, que travaillent déjà les trois Commissions sanitaires permanentes de l'Inde.

En ce qui concerne la destruction des canaux et des digues M. Goodeve démontre, d'après un article de l'*Edinburgh review de janvier* 1864, article basé sur des pièces officielles, que dans le Carnatic et dans le nord de l'Hindoustan, la destruction dont on a parlé remonte d'abord à la décadence du grand empire musulman et ensuite aux guerres des Marattes contre cet empire, et par conséquent bien avant la domination anglaise, qui n'a fait qu'hériter des ruines déjà existantes. Quant aux canaux du nord de l'Inde et à ceux de Dehli en particulier, ils avaient cessé de fonctionner d'une manière utile dès le milieu du siècle dernier, et loin d'avoir été ruinés par l'incurie des Anglais, ceux de Dehli ont été restaurés et augmentés sous leur administration par des travaux commencés dès 1808 et achevés en 1822. Dans chaque province les Anglais ont dû recommencer à nouveau les ouvrages de canalisation, et tout ce qu'on peut leur reprocher c'est qu'absorbés par la guerre et la politique, ils aient procédé avec une lenteur imprudente à toute une série d'améliorations fécondes et bienfaisantes. Parmi les grands ouvrages de canalisation opérés par le gouvernement britannique, on peut citer ceux mentionnés plus haut, *l'Eastern Jumna Canal*, ayant 150 milles dans son cours principal et 500 milles de rigoles arrosant 58,287 hectares, et l'*Western Jumna Canal* qui a un cours principal de 445 milles, sans compter les rigoles, et qui a donné la fertilité et la vie à tout un vaste pays jusque là stérile et dépeuplé. Mais il faut citer surtout le canal du Gange, entreprise gigantesque, exclusivement britannique, d'une longueur principale de 1437 kilomètres, et auquel au mois de mai 1862 on avait encore ajouté 2963 kilomètres de rigoles, sans compter les conduits secondaires. Il faudrait encore énumérer les grands ouvrages au moyen desquels les principales rivières du sud de la Présidence de Madras ont été améliorées dans leur cours et

dérivées pour l'irrigation des campagnes, et cela par des travaux commencés dès 1836, par conséquent avant l'époque où M. de Warren a publié son livre.

Par ce simple aperçu, qui pourrait être développé davantage, M Goodeve espère avoir démontré, — et la Commission tout entière est de cet avis, — combien est injuste l'opinion qui accuse la Compagnie des Indes d'avoir laissé tomber en ruine les ouvrages hydrauliques anciens et de n'avoir rien fait en ce genre pour l'assainissement et la fertilisation du pays. La vérité est que plusieurs années avant la publication du livre de M. de Warren des centaines de milles de canaux avaient été entrepris et restaurés dans la Présidence de Madras et dans le nord. Enfin M. Goodeve pense avoir prouvé — et la Commission le pense comme lui, — que le développement du choléra épidémique dans l'Inde ne saurait être attribué à des conditions d'insalubrité nouvelles, dûes à la négligence de l'administration anglaise.

La Commission n'a pas cru devoir s'arrêter aux autres hypothèses qui expliqueraient la genèse ou l'endémicité du choléra par des conditions hygièniques que l'on rencontre au même degré, aussi bien dans les parties de l'Inde où l'endémicité existe que dans celles où elle fait défaut. Du moment qu'il est avéré que l'état endémique est particulier à certains points de l'Inde, bien que tous ces points n'aient pas encore été suffisamment précisés et qu'on puisse établir, en outre, que cette circonstance est un fait en quelque sorte nouveau, *il s'en suit de toute nécessité que ce choléra, en permanence depuis peu, doit être rapporté à quelque circonstance nouvelle et spéciale dans ces localités.* Or, comme il a été dit plus haut, aucune circonstance nouvelle ni spéciale n'a encore pu être constatée dans le Delta du Gange depuis que le choléra y règne à l'état endémique. Et cependant là est toute la question. *La permanence de la maladie dans certains lieux ne saurait être expliquée par des transmissions successives, mais seulement par quelque chose d'inhérent aux lieux mêmes.*

Quant aux alluvions, au climat, aux habitudes hygiéniques, à la misère, etc., il est évident que toutes ces causes morbifiques ne sauraient être invoquées ici que comme des circonstances adjuvantes.

Le problème de la genèse du choléra ne peut donc être résolu que par une enquête attentive et patiente faite sur les lieux mêmes de l'endémie. Certes, il est impossible de prédire quel sera le résultat de cette enquête,

ni si elle parviendra jamais à résoudre le problème ; mais on peut affirmer qu'il en sortira toujours quelque chose d'utile au point de vue de la prophylaxie du choléra.

En attendant, la Commission doit se borner à répondre que *nous ne connaissons pas les conditions spéciales sous l'influence desquelles le choléra naît dans l'Inde et y règne dans certaines localités à l'état endémique.*

(Adopté à l'unanimité).

VII

Quelles sont les circonstances qui concourent au développement et à la propagation des épidémies de choléra dans l'Inde ?

Quant à la seconde partie de la question, à savoir quelles sont les circonstances qui, dans l'Inde, concourent à produire les épidémies de choléra, nous sommes plus avancés. Sans doute tous les problèmes relatifs à l'épidémicité dans l'Inde ne sont pas encore résolus, mais les connaissances acquises permettent d'indiquer un certain nombre de circonstances dont l'action est incontestable. C'est aux sources ou dans le voisinage immédiat des foyers d'endémie qu'il faudrait surtout, à ce qu'il semble, étudier les causes qui paraissent favoriser l'épidémicité, car c'est là que les documents nous montrent principalement la tendance épidémique : non pas qu'il s'en suive que sur ces points les épidémies soient plus cruelles qu'ailleurs, — le contraire serait plutôt la règle, sans doute à cause d'une certaine immunité acquise, — mais parce qu'il semble que là les causes de l'épidémicité devraient être plus évidentes. Il n'en est point ainsi cependant; et cela par la raison que, dans le bas Bengale par exemple, faute de notions assez précises sur les lieux qui ont le privilège exclusif de l'endémicité, l'état endémique et l'état épidémique s'y enchevêtrent tellement, qu'il est impossible d'y faire la part des conditions qui favorisent l'un ou l'autre état.

De plus, le rôle spécial qu'on serait tenté d'assigner aux causes d'insalubrité, telles que celles qui résultent des alluvions du Gange pour le Bengale, sur le développement épidémique, serait contredit par le fait que ce développement a lieu aussi bien dans des conditions de sol et de climat tout opposées.

Ce qu'on peut seulement affirmer à ce sujet, c'est qu'au Bengale le cho-

léra revêt la forme épidémique surtout pendant la saison chaude, d'avril en août, tandis qu'il en est autrement pour les provinces du nord-ouest, où les plus grandes épidémies (notamment celle de 1861) ont sévi surtout pendant les mois de juillet et d'août et se sont terminées au commencement de l'hiver. A Bombay les choses se passent à peu près comme à Calcutta, c'est-à-dire que les épidémies cholériques y sévissent principalement d'avril à septembre.

Dans la présidence de Madras, où les saisons sont moins tranchées, c'est aussi dans la période la plus chaude de l'année que le choléra se montre épidémiquement avec le plus d'intensité.

Enfin, la grande manifestation cholérique de 1817 qui, pour le dire en passant, n'a pas eu son point de départ à Jessore, mais y a eu seulement son principal foyer, — ce qui résulte de documents officiels de l'époque établissant que, plusieurs semaines avant d'éclater à Jessore, la maladie déjà exerçait ses ravages sur deux points très distants de cette ville, l'un, Chittagond sur le golfe, à 50 lieues à l'est, et l'autre, Patna sur le Gange, à 100 lieues au nord-ouest de Jessore, — cette grande manifestation, disons-nous, dont le choléra de nos jours est la succession ininterrompue, commença aussi avec la saison chaude. De sorte qu'il est impossible de méconnaître qu'au Bengale, comme dans la généralité de l'Inde, et partout ailleurs du reste, la saison chaude exerce une influence favorable au développement épidémique du choléra. Mais ce n'est là qu'une circonstance adjuvante, soumise à de nombreuses exceptions ; on ne saurait y voir, même dans l'Inde, une condition *sine quâ non* du développement épidémique ; à plus forte raison cette circonstance, considérée isolément, ne saurait-elle être regardée comme la cause même de l'épidémicité.

La Commission ne croit pas nécessaire de discuter la part d'une foule de conditions plus ou moins favorables au développement épidémique du choléra dans l'Inde ; il n'en ressortirait rien qui ne fût applicable à beaucoup d'autres maladies ; et cela serait d'un intérêt secondaire. La Commission se hâte d'arriver à des circonstances dont l'action spéciale est bien autrement évidente, nous voulons parler des grandes *agglomérations et migrations* d'hommes, et particulièrement des *pèlerinages* qui s'accomplissent à des époques déterminées sur plusieurs points de l'Inde.

On a vu plus haut que le choléra sévissait avec plus ou moins d'intensité sous forme épidémique, presque tous les ans, dans les endroits où se

réunissent le pèlerins hindous. Parmi ces endroits, dont quelques-uns sont en même temps des lieux de culte et de foire, se trouvent, au nombre des plus saints, Hurdwar, Ramdeo, Multra, Ajudhia, Allahabad, Mirsapore et Gya dans les parties septentrionales de l'Inde; Balassore, Mahadeo et Juhgurnath près de Poorie plus au midi ; Trivellore, Tripetti, Conjévéram, Seringham et Ramiseram dans la présidence de Madras ; Dakoor, Kodunpore, Sholapore, Sungum, dans la présidence de Bombay.

Il suffira, pour donner une idée de ces agglomérations, de dire quelques mots de Hurdwar, de Juggurnath et de Conjévéram qui sont des plus importants parmi ces lieux de pèlerinage dont le nombre est très considérable.

Hurdwar est dans le nord de l'Hindoustan, sur le Gange, à l'endroit où ce fleuve quitte les montagnes pour commencer son cours dans les plaines. La foire y a lieu tous les ans à la pleine lune d'avril, et tous les 12 ans le pèlerinage y est réputé plus efficace qu'à l'ordinaire ; aussi à cette époque l'affluence y est-elle énorme. On rapporte qu'en 1783 il s'y trouvait réuni plus d'un million de personnes, lorsque le choléra éclata et fit périr 20 mille individus dans l'espace de 8 jours ; on ajoute que, la foire terminée, quand cette foule se dispersa, l'épidémie s'éteignit sans se propager, sans même atteindre le village de Jumalpore, distant seulement de quelques lieues. Il n'en est pas ordinairement ainsi de nos jours. A présent le choléra se montre à Hurdwar presque tous les ans à l'occasion de la foire.

Juggurnath sur la côte d'Orissa, au N. O. du golfe de Bengale, est un endroit des plus sacrés. Les cérémonies y ont lieu dans les mois de juin et de juillet. La ville de Poorie, qui est voisine et qui en temps ordinaire compte 35 mille âmes, voit, pendant les fêtes, sa population augmenter de 100 à 150 mille personnes et même de bien davantage selon certains auteurs.

Le choléra y éclate tous les ans, deux ou trois jours après la réunion de la foule et ne cesse que quand elle se disperse après les cérémonies.

Conjévéram est à 45 milles au sud de Madras et voit arriver chaque année pendant le mois de mai, au moins 200 mille pèlerins. Les cérémonies durent dix jours. Le Dr Montgomery, dans son intéressant récit *(Medical Times and Gazette, janvier* 1866*)* dit qu'en temps ordinaire les conditions de salubrité de la ville de Conjévéram ne sont pas mauvaises, mais qu'il n'en est pas de même au moment du pèlerinage, et qu'alors le choléra y éclate tous les ans. Il ajoute qu'en 1864, le gouvernement ayant commencé à

prendre des mesures hygiéniques (enlèvement des immondices, établissement de latrines, éloignement des bestiaux, abondance d'eau potable, etc.), le pèlerinage se passa sans choléra ; il est vrai, fait-il remarquer, que cette année le choléra régnait très peu dans le midi de la présidence. Mais, ajoute-t-il, en 1865, à la suite des mêmes précautions, Conjévéram resta encore indemne de choléra bien que la saison ait été très malsaine.

Ce qui se passe dans les lieux précités arrive dans presque tous les endroits consacrés. Les pèlerins y viennent de toutes parts; et, souvent après un trajet de plusieurs centaines de lieues fait presque toujours à pied pendant la saison chaude, ils arrivent épuisés par la fatigue et la misère. Une fois dans les villes saintes leur condition s'aggrave encore par une agglomération horrible, par toutes les causes d'infection qui en résultent, par la mauvaise nourriture, la mauvaise eau, les débauches, en un mot par une foule de circonstances propres à favoriser le développement du choléra parmi eux. Puis enfin, quand ces multitudes se dispersent, elles vont semant partout le choléra sur leur passage et deviennent ainsi les agents plus ou moins actifs de la propagation de l'épidémie.

A ces descriptions, qui résultent des observations faites surtout dans ces derniers temps, ne retrouve-t-on pas, *plus en grand*, la représentation exacte de ce qui se passe à La Mecque ? Ici, comme à La Mecque, le choléra n'éclate avec violence que quelques jours après la réunion des pèlerins et il se disperse et se propage avec eux dans toutes les directions. Les pèlerinages dans l'Inde, comme à La Mecque, seraient donc tout à la fois des foyers de renforcement et des foyers disséminateurs de la maladie. Cependant il manque à la ressemblance complète un trait important de similitude, ou plutôt l'existence de ce trait, qui semble faire défaut, n'a pas encore été démontrée d'une manière incontestable. A La Mecque il paraît bien établi que le choléra est toujours importé ; en est-il de même pour les agglomérations dans l'Inde ? ou bien la maladie s'y développe-t-elle spontanément sans importation préalable?

Il est à remarquer que les localités en question ne sont pas considérées comme des foyers d'endémie cholérique ; que le choléra s'y éteint après le départ des pèlerins et qu'il n'y reparaît, plus ou moins périodiquement, qu'à l'occasion du pèlerinage. —Il serait donc très important de chercher à savoir, par des enquêtes faites avec soin, si, oui ou non, le choléra est toujours importé dans les lieux de pèlerinage par des individus venant de

foyers endémiques ou épidémiques. En attendant, si l'on juge par analogie, *la probabilité est que dans l'Inde, comme partout ailleurs, en dehors des foyers endémiques, l'importation du choléra est la condition nécessaire de son développement épidémique.*

Quoi qu'il en soit, après ce qui précède, il est impossible de ne pas reconnaître que dans l'Inde les pèlerinages ont une influence capitale sur le développement et la propagation des épidémies cholériques. Viennent ensuite, mais à un degré beaucoup moindre, les mouvements de troupes ainsi que cela a été observé principalement dans la présidence de Madras.

Enfin, si, à ces causes, on ajoute la facilité de plus en plus grande des communications rapides, soit par les chemins de fer, soit par la navigation à vapeur, n'y a-t-il pas lieu de craindre une fréquence croissante et une extension de plus en plus rapide des épidémies de choléra dans l'Inde et par suite un danger d'importation également croissant pour l'Europe ?

La Commission se croit donc autorisée à répondre que *les pèlerinages sont, dans l'Inde, la plus puissante de toutes les causes qui concourent au développement et à la propagation des épidémies de choléra.*

(Adopté à l'unanimité.)

DEUXIÈME GROUPE DE QUESTIONS:

Transmissibilité et propagation du choléra.

Pour ce groupe, comme pour le précédent, la Commission n'a pas cru devoir s'astreindre, ni à l'ordre rigoureux, ni à la lettre des questions posées dans le programme ; elle s'est attachée à présenter les faits, ainsi que les déductions qui en découlent, d'après leur enchaînement naturel.

VIII

La transmissibilité du choléra est-elle aujourd'hui prouvée par des faits qui n'admettent aucune autre interprétation ?

La transmissibilité du choléra est aujourd'hui un fait tellement bien acquis à la science, qu'il a semblé, à quelques personnes, presque superflu

d'en donner la démonstration ; mais l'immense majorité de la Commission a pensé que cette démonstration ne serait pas inutile, soit pour convaincre les quelques incrédules qui ont encore besoin de lumière, soit au moins pour établir que la Commission ne s'est prononcée qu'à bon escient.

La transmissibilité du choléra est prouvée, 1° par la marche des épidémies considérées en général, 2° par les faits bien constatés de propagation après importation de la maladie, 3° par l'évolution des épidémies dans les localités atteintes, 4° enfin par l'efficacité de certaines mesures préventives.

1° PREUVES TIRÉES DE LA MARCHE DES ÉPIDÉMIES DE CHOLÉRA CONSIDÉRÉES EN GÉNÉRAL.

Dès la première épidémie de choléra qui fit apparition en Europe, on avait déjà remarqué que la maladie suivait de préférence les grandes voies de communication, les fleuves navigables, les routes fréquentées et les masses d'hommes en mouvement. Les épidémies ultérieures n'ont fait que confirmer cette observation ; elles ont pu comme la première être suivies, en quelque sorte pas à pas, depuis leur point d'origine dans l'Inde jusqu'à leur arrivée sur un point quelconque, et, soit que, comme dans les deux premières invasions en Europe, la maladie ait suivi la voie de terre, soit que, comme en 1865, elle ait plus particulièrement suivi le mouvement maritime, la loi de propagation est restée la même, c'est-à-dire que l'extension de la maladie a toujours eu lieu dans la direction de courants humains partis d'un lieu où elle régnait.

Le choléra n'a pas jamais affecté dans sa marche, comme quelques-uns l'ont cru, une direction fatale de l'est à l'ouest, mais au contraire il a rayonné et rayonne de l'Inde dans tous sens, au sud comme au nord, à l'est comme à l'ouest, se propageant partout, en raison de la facilité et de la multiplicité des communications. Ceux qui ont cru le contraire n'ont pas étudié les faits et ils ont raisonné comme le feraient des Chinois qui prétendraient que le choléra marche toujours de l'ouest à l'est.

Jamais cette loi de propagation par les courants purement humains n'a été mieux mise en évidence pour nous que par l'épidémie de 1865.

Importée par les pèlerins venus des Indes, elle éclate à La Mecque pendant les fêtes du Courban-Baïram en mai ; elle suit les pèlerins dans leur retour par l'Egypte et apparaît à Alexandrie dans les premiers jours de juin après l'arrivée des Hadjis par le chemin de fer de Suez. Or, d'Ale-

xandrie, devenue rapidement un vaste foyer d'émission, le choléra prend-il une direction unique? non. Il rayonne dans toutes les directions suivies par la navigation à vapeur. Bientôt il éclate presque simultanément à Beyrouth, à Smyrne, à Constantinople, à Malte, à Ancône, à Marseille, c'est-à-dire là où ont abouti les principaux courants partis d'Alexandrie; tandis qu'il ne se montre à ce moment sur aucun des autres points du littoral. Ces ports une fois envahis deviennent à leur tour de nouveaux foyers d'émissions, d'où la maladie se propage de divers côtés, mais toujours dans le sens des grandes voies de communication; et c'est alors que les chemins de fer deviennent, comme nous le verrons plus bas, un moyen d'importation rapide à de grandes distances.

Ce n'est pas tout: tandis que l'épidémie rayonnait ainsi du côté de l'Europe, d'un autre côté, elle revenait pour ainsi dire sur ses pas à la suite des pèlerins javanais et persans partis de La Mecque. Le retour des Persans était marqué par l'explosion de la maladie à Bassora, au fond du golfe Persique, et il y a quelques motifs de croire, d'après des renseignements communiqués par notre honorable collègue, M. le Dr Van Geuns, qu'elle aurait été réimportée à Samarang (Java) par les pèlerins javanais.

Cette marche de l'épidémie en 1865 est tellement saisissante qu'elle a dissipé bien des doutes; mais cependant les faits analogues ne manquent pas dans les épidémies antérieures, et pour achever de montrer combien la direction des épidémies cholériques est subordonnée à celle des courants humains, rappelons le fait mémorable de l'importation (en 1854) du choléra en Orient, et dans l'armée française, par des navires partis de Marseille chargés de troupes venant des localités voisines où régnait la maladie.

A l'appui de cette même loi, on peut encore citer ce fait constant que toutes les fois que le choléra s'est manifesté dans une île, ou s'est produit en Amérique, c'est toujours dans une ville maritime, ordinairement dans un port principal, et non dans l'intérieur du pays, qu'il a éclaté tout d'abord: ainsi en 1832 à Québec et en 1848 à New-York et à New-Orléans. C'est donc un trait commun à toutes les épidémies cholériques observées jusqu'à nos jours d'avoir constamment suivi l'homme dans ses migrations d'un lieu infecté à un lieu indemne.

Ce trait commun, qui nous montre le principe du choléra attaché, pour ainsi dire, toujours à l'homme et ne voyageant pas sans lui, est encore cor-

roboré par cette circonstance bien digne d'attention, que la vitesse des épidémies cholériques, pour venir de l'Inde jusqu'à nous, a été en s'accélérant avec l'accroissement des relations et surtout avec la célérité plus grande de moyens de transport. Il suffira pour s'en convaincre de comparer la marche des deux premières épidémies venues par terre, animées d'une vitesse inégale et souvent ralentie par les difficultés de la route, avec la rapidité prodigieuse—*sans être cependant jamais supérieure à celle des moyens de transport mis en usage* — de la course faite par l'épidémie de 1865, qui, partie de l'Inde à la fin de l'hiver, ou, si l'on préfère, partie de La Mecque à la fin du mois de mai, a pu parvenir en Amérique dans le courant d'octobre, après avoir traversé la France et sans compter les pointes qu'elle a poussées de divers côtés, en Angleterre, au cœur de l'Allemagne et en Russie, parcourant ainsi dans son plus long trajet, de l'Inde en Amérique, la moitié de la circonférence de la terre dans l'espace de 9 mois, et arrivant des Lieux-Saints de l'islamisme jusqu'à Paris en 3 mois et demi.

Tous ces faits ne démontrent-ils pas jusqu'à la dernière évidence que le choléra est propagé par l'homme et avec une vitesse d'autant plus grande que ses propres migrations se sont activées et sont devenues plus rapides ? La Commission n'hésite pas à répondre affirmativement.

(Adopté à l'unanimité).

2° PREUVES TIRÉES DE FAITS ÉTABLISSANT LA PROPAGATION DU CHOLÉRA PAR IMPORTATION.

Si de ce premier ordre de preuves, très convaincantes pour tout esprit non prévenu, nous passons à la recherche des faits qui établissent, d'une manière incontestable, la transmission de la maladie par l'arrivée de provenances d'une localité infectée dans un endroit sain jusque là, nous n'avons que l'embarras du choix. Il s'agit, bien entendu, de faits qui ne puissent recevoir aucune autre interprétation raisonnable. La Commission se contentera de quelques exemples de ce genre ; car il ne s'agit, pour le moment, que de prouver que le choléra peut être transmis par importation.

Ces faits incontestables, il ne faut pas les chercher dans les grands centres populeux du continent européen où les relations entre les individus et les mouvements de va-et-vient sont tellement multipliés et enchevê-

trés, qu'il est presque impossible d'y saisir l'enchaînement rigoureux des circonstances ; les faits concluants sont fournis surtout par les petites localités et par les ports de mer où les arrivages sont faciles à contrôler. Sous ce rapport l'épidémie actuelle est fertile en preuves.

Mais avant d'en venir aux faits récents, la Commission rappelle que déjà le Dr Jukes, dans un rapport au gouvernement de Bombay, avait dit à propos de l'épidémie de 1817 aux Indes : « personne n'a pu ne pas voir que la maladie a suivi les grandes routes de Deckan à Panwell et je ne sache pas un seul village dans le Concan qui ait été atteint par la maladie, sans avoir été visité par des gens venant d'un des lieux infectés. » (*Report of the medical board of Bombay* 1819.)

La Commission croit devoir encore rappeler le fait si connu et si caractéristique de la frégate anglaise *Topaze* qui, en 1819, venant de Calcutta, importa le choléra à l'île Maurice. Elle se bornera à mentionner en outre, l'importation, en 1832, du choléra d'Angleterre en Hollande à Scheveningue, petit village à demi lieue de La Haye, par un batelier *(Kiehl* 1865.*)* ; celle à Québec pendant la même année par des émigrants venus d'Angleterre ; l'importation, en 1832, à Porto par un navire chargé de troupes venant d'Ostende et ayant touché en Angleterre (*Gomès*) ; 14 faits très-concluants communiqués par M. le Dr Pelikan, et concernant l'épidémie de 1847 en Russie ; un autre cas manifeste d'importation à Sébastopol, en 1848, par un navire parti de Nicolaïew (*Pélikan*) ; dans la même année les importations à New-York et à la Nouvelle-Orléans par des navires chargés d'émigrants partis du Hâvre ; l'importation, si clairement constatée en 1849 à Nogent-le-Rotrou, par des nourrices et leurs nourrissons partis de Paris (*Brochart, mémoire présenté, à l'Académie de Médecine le* 13 *avril* 1850); et en 1853 dans l'arrondissement de Montargis, sous l'influence des mêmes circonstances, par le Dr Huette (*arch. gén. de médecine*) ; en 1854 l'importation, déjà indiquée plus haut, du choléra en Orient par des navires, partis de Marseille, chargés de troupes ; en 1853, l'importation à Vigo par un navire venant de la Havane, et en 1855 celle à l'île de Fogo dans l'archipel du cap Vert par un bâtiment sarde venant de Savone chargé d'émigrants pour Montevideo ; l'année suivante celle à Madère par un navire chargé de troupes venant de Lisbonne (*Gomès*).

Sans s'appesantir sur ces faits déjà publiés, ni sur beaucoup d'autres du même ordre et également acquis à la science, la Commission préfère s'ar-

rêter aux faits moins connus, ou inédits, se rapportant à la dernière épidémie.

Elle commencera par le fait de l'importation à Constantinople.

Importation à Constantinople.

L'état de la santé publique dans cette ville ne présentait rien qui pût faire prévoir l'apparition d'une épidémie cholérique, lorsque le 28 juin 1865 arriva d'Alexandrie, où régnait le choléra, la frégate *Moukbiri-Sourour*. Ce navire ayant accompli plus de 5 jours de traversée fut, sur la déclaration du médecin qu'il n'y avait pas eu de maladie suspecte à bord, admis de suite en libre pratique, conformément au règlement en vigueur. Cette déclaration était fausse. Le soir du même jour, on débarquait de la dite frégate 12 malades, dont 1 atteint de choléra confirmé qui succomba dans la nuit, et 11 n'offrant que des symptômes de cholérine. Le lendemain on apprit que depuis Alexandrie des cas de diarrhée avaient été observés à bord et que dans le trajet des Dardanelles à Constantinople deux hommes morts de choléra avaient été jetés à la mer. Le 30 juin, 9 autres cas, dont deux de choléra bien caractérisé, furent encore débarqués du même navire, lequel, après qu'on y eut réintégré l'équipage, fut envoyé purger quarantaine près de l'embouchure de la mer Noire.

Les malades furent transportés à l'hôpital de la Marine, voisin de l'Arsenal : mais comme le chemin de l'embarcadère à l'hôpital était encombré de matériaux de construction, on fut obligé de leur faire traverser une caserne occupée par des ouvriers militaires de l'arsenal. Cette circonstance doit être notée, car les premiers cas indigènes de choléra eurent lieu parmi ces ouvriers et à bord d'une corvette amarrée tout près de leur caserne.

Le 3 juillet, un de ces ouvriers militaires est reçu à l'hôpital avec une diarrhée choléri forme et le 5 il présente tous les symptômes du choléra. Le même jour un nouveau cas est fourni par les ouvriers et un autre par la corvette mentionnée plus haut. La caserne est alors évacuée et les ouvriers sont placés sous des tentes sur les hauteurs de l'Ok-Meidan. Néanmoins le choléra continue de sévir parmi eux et à bord des navires amarrés devant l'arsenal ; de plus il atteint d'un côté les corps de garde de l'intérieur de cet établissement, et de l'autre les maçons qui travaillent à la bâtisse du ministère de la marine située tout près de la caserne des ou-

vriers militaires. Le 8 juillet deux cas suivis de mort furent constatés en dehors de l'arsenal sur un batelier et un pêcheur. Cependant, dès le 10 juillet l'épidémie commençait à envahir le quartier de Kassim-pacha, voisin de l'arsenal et habité par les ouvriers occupés à la bâtisse susdite. De là elle se propagea, comme on le verra plus loin, au reste de la ville.

Cette relation dont les principaux détails ont été recueillis et rapportés par M. Mühlig *(Gazette médicale d'Orient, août* 1865*)*, relation dont l'exactitude en tout point est incontestable, offre un exemple non douteux de transmission du choléra par une importation, qui, quoique bien restreinte, fut suivie d'une épidémie très grave. Il ne paraît pas possible de mettre en doute ici le rapport de cause à effet entre la maladie importée et celle développée consécutivement dans l'endroit même où l'importation a eu lieu.

Voici maintenant un exemple d'importation par terre à distance assez grande du lieu infecté et sans que les localités intermédiaires aient été contaminées, importation donnant lieu à une épidémie très meurtrière.

Importation à Borchi.

Le 7 août 1865 plusieurs familles allemandes venant de Prusse arrivèrent dans le village de Borchi, district de Balta en Russie, pour y être employées au chemin de fer. Dans le trajet elles s'étaient arrêtées un jour, le 4, à Galatz où sévissait le choléra et avaient traversé Odessa le 5 août. Tous ces Allemands paraissaient, à leur arrivée à Borchi, jouir d'une bonne santé ; seulement un enfant, appartenant à la famille Jans, atteint de diarrhée, mourut le 10 août. A partir de ce jour le choléra commença à se manifester et à sévir violemment parmi les habitants du village et parmi les Allemands arrivés. La mère de l'enfant Jans tomba malade le 18 août et mourut le 20. Bientôt après succombèrent encore deux enfants de cette femme. Sur 8 des Allemands atteints un seul guérit. De Borchi la maladie se propagea au village de Gavinossa et s'étendit au loin. (*Extrait d'une communication officielle — Journal de St-Pétersbourg, N°* 283, 1865.)

La Commission croit inutile de s'appesantir sur la déduction obligée de ce fait dont l'authenticité n'est pas contestable.

Elle passe à un autre exemple plus intéressant encore, en ce qu'il prouve qu'un seul cas de choléra, importé à très grande distance par chemin de fer, peut donner lieu à une épidémie.

Importation à Altenbourg.

A la fin du mois d'août 1865 le choléra éclata tout à coup à Altenbourg, en Saxe, au centre de l'Allemagne. Le premier cas fut constaté sur la dame E. qui était partie d'Odessa le 16 août et était arrivée à Altenbourg, le 24, sans s'être arrêtée nulle part. Cette dame avait avec elle son enfant âgé de 21 mois et souffrant de diarrhée. Elle s'était logée chez son frère, Kunstgasse N° 678. Le 27 août le Dr Geinitz fut appelé pour l'enfant dont la diarrhée était devenue très forte. La mère, qui était parfaitement bien portante,raconta qu'à son départ d'Odessa aucune maladie ne régnait dans cette ville, (nous savons que 6 cas de choléra importés de Constantinople se trouvaient déjà dans le lazaret et que le lendemain de son départ la maladie apparaissait en ville) et que s'y étant embarquée pour remonter le Danube, tout le monde lui avait paru bien portant à bord, quoique le bateau eut passé devant quelques localités où le choléra sévissait (il n'est pas dit dans la relation, si, dans cette partie du trajet, il y avait eu des communications avec ces localités). Quoi qu'il en soit, trois jours après son arrivée à Altenbourg, le 27 août, le jour même où le Dr Geinitz avait visité son enfant, la dame E. tombe malade et le lendemain le Dr Geinitz constate tous les symptômes du choléra asiatique. Elle meurt le 29. Ce même jour, dans la même maison, la belle-sœur de la dame E. est atteinte et succombe le 30. L'enfant mourut le 31, d'épuisement, dit la relation. De cette maison le choléra se répandit dans la ville et aux environs. La famille d'un ouvrier, mort le 13 septembre à Altenbourg, importa la maladie à Werdau. L'habitation occupée par cette famille fut le point de départ d'une épidémie qui enleva 2 % de la population de la ville. (Pettenkofer).

Voilà un cas qui, s'il n'avait pas été l'objet d'une enquête attentive par des médecins distingués, n'aurait pas manqué d'être invoqué comme un exemple de développement spontané du choléra au centre de l'Allemagne; mais l'autorité si grande de Pettenkofer, qui a fait de cette épidémie une étude spéciale , ne laisse aucune prise au doute. Quel que soit le lieu où la dame E. et son enfant ont contracté le choléra, toujours est-il qu'ils avaient traversé des localités où la maladie existait et qu'arrivés à Altenbourg ils sont devenus le point de départ d'une épidémie. Certes, les cas de ce genre ne sont pas rares et, avec la rapidité croissante des communi-

cations, il est probable qu'ils deviendront de plus en plus fréquents ; mais ce qui est rare, c'est d'abord qu'ils se présentent avec une netteté aussi grande, et ensuite qu'on ait pris la peine, ou que l'on ait eu la possibilité de vérifier par une enquête si, dans les cas en apparence contraires, l'importation en réalité n'aurait pas eu lieu.

Dans le cas en question, est-ce l'enfant atteint de diarrhée cholérique qui a transmis la maladie à sa mère, ce qu'on serait tenté d'admettre à cause du parfait état de santé de la dame E. lors de son arrivée à Altenbourg? ou bien celle ci a-t-elle pris le germe du mal dans les mêmes circonstances que son enfant? on ne saurait se prononcer. Toutefois il ne doit échapper à personne que, dans la première supposition, il serait avéré qu'un seul cas de cholérine importé dans une localité saine peut y être le point de départ d'une épidémie de choléra. Mais la Commission ne trouve pas ce fait suffisamment probant pour en tirer cette conclusion.

La Commission terminera ses citations, au sujet du choléra transmis par importation, par un fait tout aussi caractéristique que les précédents, quoique plus limité dans ses conséquences.

Importation à Thoydon-Bois en Angleterre.

En 1865 le choléra n'a fait en Angleterre qu'une apparition très restreinte, mais non sans apporter avec lui la preuve de sa transmissibilité. En septembre il se montra à Southampton.

A cette époque les époux Groombridge, du village de Thoydon-Bois, à deux milles d'Epping, comté d'Essex, se rendirent à Veymouth pour cause de santé ; M. Groombridge souffrait d'une affection intestinale. Le 25 septembre ils reviennent à Thoydon après avoir passé par Southampton où existait le choléra. Déjà, pendant le voyage de retour, M^me^ Groombridge s'était sentie indisposée. Le 26 septembre MM. les D^rs^ Mac-Nab sont appelés auprès d'elle, et, à part un légère diarrhée, ils ne trouvent rien d'alarmant dans son état. Le 28 éclatent les symptômes du choléra asiatique, aux suites duquel elle succombe le 9 octobre. Le 30 septembre, sa fille Emilie, âgée de 7 ans, est atteinte et meurt dans l'espace de 9 heures ; le même jour un domestique de la maison est frappé ; mais il guérit.

Les médecins Mac-Nab, pendant tout ce temps, avaient été très-assidus

auprès de leurs malades. Le 2 octobre, M. Mac-Nab aîné est atteint de choléra et meurt le 3. Deux autres attaques ont lieu le 2 dans la maison Groombridge : leur fille Kate et une servante sont attaquées et guérissent. Le 6 octobre M. Groombridge lui-même, l'un de ses laboureurs nommé Riley, la mère de M^me^ Groombridge et M. Charles Groombridge sont frappés et meurent tous, à l'exception d'une seule personne.

Le nommé Riley, qu'on avait transporté chez lui, y succombe le 7 ; une femme, nommée Saville, qui lui avait donné des soins et qui avait enseveli le cadavre, est atteinte le 7 et meurt le lendemain. La maladie ne s'est pas répandue au-delà. Cependant deux autres cas, se rattachant aux précédents, eurent lieu depuis à Coppice-Row situé à demi-lieue de la maison Groombridge, dans la famille du laboureur Haggar. Un de ces cas, celui de Henry Haggar, finit par la mort, le 2 novembre, dans l'espace de 22 heures. Or, la femme de Haggar était la fille de la femme Saville, nommée plus haut, qu'elle avait soignée pendant sa maladie. Elle avait changé d'habits avant de retourner chez elle; mais elle les avait lavés plus tard dans sa propre maison. *(Medical Times and Gazette*, 1865*)*.

Il serait difficile de trouver un cas plus concluant de choléra contracté dans une localité infectée (Southampton) et importé dans un endroit sain (la maison Goombridge à Thoydon) où la maladie se propage exclusivement à des personnes ayant eu des rapports plus ou moins directs avec les malades. On n'invoquera pas ici une influence épidémique pesant sur la localité, puisque l'épidémie circonscrite, pour ainsi dire, dans une seule maison ne se manifesta nulle part ailleurs dans le pays. La raison pour laquelle la maladie ne prit pas d'extension nous l'ignorons, comme dans beaucoup d'autres circonstances, mais ce que ce fait établit, sans autre interprétation raisonnable, c'est la transmission de la maladie par des rapports avec des malades.

On oppose aux faits de ce genre les cas où, après des relations avec un lieu infecté, les premières attaques de choléra ne se sont pas manifestées sur les personnes provenant de ce lieu, mais sur les habitants de la localité jusqu'alors indemne et même sans qu'on ait pu saisir de relation entre les uns et les autres. Mais ceux qui font cette objection partent d'un principe démenti par l'observation, ainsi qu'il le sera démontré plus loin, principe dangereux qui consiste à n'admettre la possibilité de l'importa-

tion et de la propagation du choléra que par des individus atteints eux-mêmes de la maladie confirmée.

La commission se borne, pour le moment, à cette simple remarque, ne voulant pas anticiper sur ce qui doit être l'objet d'un examen ultérieur.

3° PREUVES TIRÉES DE LA PROGRESSION DES ÉPIDÉMIES DE CHOLÉRA DANS LES LOCALITÉS ATTEINTES.

Un troisième ordre de preuves de la transmissibilité du choléra est fourni par le mode de progression des épidémies, soit dans les différentes localités d'un pays, soit dans une même localité d'un quartier à un autre.

Cet ordre de preuves, à vrai dire, ne diffère pas du précédent ; c'est la vérification de la transmissibilité par la manière dont se fait la diffusion du mal une fois déclaré.

On peut établir en fait démontré par l'observation, que plus le pays ou la localité où le choléra apparaît possède une population dense, que plus les relations y sont multipliées, et les moyens de communication accélérés, plus aussi la diffusion et l'extension de la maladie y sont rapides ; ce qui ne veut pas dire, bien entendu, que celle-ci y soit nécessairement plus violente. C'est la confirmation de la loi applicable à la marche des épidémies de choléra considérées en général. Il est clair que pour bien saisir la filiation des faits au point de vue qui nous occupe, ce n'est pas non plus dans les localités populeuses, où les relations sont inextricables, qu'il faut aller les étudier ; mais seulement parmi les populations clair-semées, formant de petites agglomérations, n'ayant entr'elles que des communications faciles à saisir. Toutefois, Constantinople, qu'on peut considérer dans son ensemble comme un vaste assemblage de localités distinctes, séparées par des obstacles naturels, fait exception sous ce rapport; aussi le mode d'extension de la dernière épidémie a-t-il pu y être suivi avec une certaine exactitude jusqu'au moment de la diffusion générale.

On peut encore poser, comme règle découlant de l'observation, qu'une épidémie de choléra qui commence, n'apparaît pas simultanément dans plusieurs des localités d'une même circonscription territoriale, mais débute par une seule de ces localités. Il en est de même en général pour les grandes villes où l'épidémie ne se manifeste pas tout d'abord sur plusieurs points à la fois, mais éclate d'ordinaire par une série de cas dans un même quartier, parfois dans une même maison, avant de se montrer

dans d'autres parties de la ville. Ici cependant la règle générale n'est pas sans exceptions, par la raison que dans une grande ville, où l'affluenc e est considérable, l'importation peut avoir lieu simultanément sur plusieurs points.

Progression de l'épidémie à Constantinople.

A Constantinople, ainsi qu'on l'a vu plus haut, le choléra se manifesta tout d'abord dans l'arsenal, là où il avait été importé par les malades débarqués le 28 juin du *Moukbiri-Sourour*; de l'Arsenal il gagna le quartier attenant, Kassim Pacha; puis quelques cas en petit nombre se manifestèrent dans diverses parties de la ville et, pour la plupart, sur des personnes qui avaient fui le quartier primitivement atteint.

Jusqu'au 16 juillet le total des décès cholériques constatés pour la ville, (moins ceux de l'hôpital de la marine) s'élevait à 130, lorsque tout à coup on apprit que la maladie venait d'éclater avec violence à Iéni-Keui, village situé sur le Bosphore, à 12 ou 15 kilomètres du quartier où sévissait l'épidémie. Était-ce un de ces caprices, un de ces sauts inexplicables que l'on attribuait autrefois au choléra épidémique et que l'on opposait comme un fait démontrant l'épidémicité pure et simple de la maladie? nullement. Il a été établi que le premier cas de choléra à Iéni-Keui eut lieu le 11 juillet, dans un café turc, sur la personne d'un ouvrier provenant de Kassim-Pacha; que le lendemain plusieurs des individus qui fréquentaient ce café tombèrent malades et que parmi eux 2 moururent; que les jours suivants la maladie se propagea dans le quartier jusqu'au 16, jour où à la suite de plusieurs décès parmi des familles importantes, une panique extrême s'empara de toute la population du village, qui presque tout entière prit la fuite dans diverses directions. Musulmans, grecs, arméniens et juifs allèrent se réfugier dans d'autres villages et dans des quartiers de la ville jusque-là indemnes où ils portèrent la maladie. Les juifs surtout qui avaient été les plus éprouvés et qui, dans leur précipitation, emportèrent avec eux leurs effets souillés et leurs morts, devinrent les principaux agents propagateurs du mal. A Kouskoundjouk, à Has-Keui et à Balata l'épidémie éclata aussitôt après l'arrivée de ces fuyards; les relevés de l'Intendance Sanitaire et ceux de la Commission spéciale ne laissent aucun doute sur ce point. De ce moment date la gé-

néralisation de l'épidémie; après quoi, sauf pour certains villages, il devint plus difficile de suivre sa filiation. Ces faits du reste sont exposés avec beaucoup de détails dans plusieurs articles de la *Gazette Médicale d'Orient* (1865—1866) et dans un travail récent de M. le Dr Mongéri. (*Etude sur l'épidémie de choléra à Constantinople en* 1865).

Si la Commission ne croyait pas superflu d'insister sur cet ordre de preuves et ne craignait pas d'allonger inutilement ce rapport, elle citerait une multitude de relations authentiques à l'appui du développement successif des épidémies cholériques par des communications successives entre les points malades et les points ultérieurement atteints, partout où cette étude a pu être faite avec rigueur. Elle pourrait citer entr'autres le développement de la dernière épidémie d'Odessa au mois d'août dernier, ayant son point de départ sur des individus occupés dans le voisinage du lazaret où se trouvaient 6 cholériques provenant de Constantinople, individus propageant la maladie dans leur quartier et de là au reste de la ville.

Elle pourrait encore relater la marche de l'épidémie en Podolie, dont l'origine fut l'importation à Borchi par les familles allemandes dont il a été question plus haut; mais la Commission, après tout ce qui a été exposé précédemment, croit inutile d'insister davantage.

4° PREUVES TIRÉES DE L'EFFICACITÉ DE CERTAINES MESURES PRÉVENTIVES.

Un dernier ordre de faits, qui militent d'une manière indirecte en faveur de la transmissibilité, est relatif à l'efficacité de certaines mesures préventives. La Commission veut parler de la séquestration, mais de la séquestration rigoureuse, et surtout de l'interruption des communications maritimes avec les lieux infectés.

En 1831, la cour impériale de Russie, en tout 10 mille personnes, s'est séquestrée à Péterhoff et à Tsarskoje-Sélo, et aucune attaque de choléra n'y a été observée. (Rapport des Drs Barry et Russell, 1831).

Pendant l'épidémie de 1865, à Constantinople, les élèves de l'école militaire, au nombre de 500, furent séquestrés dans l'établissement, et le choléra n'y a pas pénétré, bien qu'il ait sévi dans le voisinage. Il serait facile de citer beaucoup de faits analogues dans toutes les épidémies.

La Grèce avait échappé aux précédentes épidémies de choléra, alors qu'une quarantaine rigoureuse avait été appliquée aux provenances cholériques ; en 1854 le choléra est importé au Pirée sans obstacle et une épi-

démie cruelle se déclare. En 1865 la Grèce maintient un système rigoureux d'isolement et elle est préservée, bien que la maladie sévisse dans son voisinage.

La Sicile qui, en 1854, avait comme la Grèce et par la même cause, été rudement éprouvée, a fait plus que celle-ci pendant la dernière épidémie : elle a interrompu toute communication avec les localités infectées et malgré le passage continuel, à petite distance, par le détroit de Messine, de navires provenant de pays où régnait le choléra, Messine et toute la Sicile ont été entièrement épargnées.

A ces faits on objecte que beaucoup d'autres lieux visités sans restriction par des provenances cholériques ont été tout aussi bien épargnés, tandis que d'autres n'ont été garantis, ni par des cordons, ni par des quarantaines très sévères, de sorte que la coïncidence entre l'emploi de mesures préventives et la préservation serait loin d'être un fait constant.

A ces objections la Commission répond d'abord qu'elle ne prétend pas et que personne ne soutient que le choléra importé soit toujours transmis. La transmission nécessite des circonstances adjuvantes qui heureusement ne se rencontrent pas, à beaucoup près, toujours ; sans quoi les ravages du choléra amèneraient bientôt l'extinction de l'espèce humaine.

Et quant à l'inefficacité fréquente des mesures quarantenaires, la Commission estime qu'avant de conclure ainsi, il faudrait examiner si les mesures dont on parle ont bien répondu, soit par leur nature, soit dans leur application, au but qu'on se proposait, et si l'on n'a pas pris souvent pour des mesures préservatives, des moyens propres à propager la maladie, les cordons sanitaires par exemple ? En pareil cas il importe de ne pas se payer de mots: il y a mesures et mesures. Il faut voir avant de se prononcer d'une manière générale, si tel ou tel moyen, qu'on pouvait croire efficace et qui s'est montré impuissant, était véritablement bien approprié au mal qu'il s'agit de prévenir.

La Commission considère donc comme de peu de poids les arguments énoncés plus haut. En tout cas, il est clair que de l'inefficacité des quarantaines on ne saurait rien conclure contre la transmissibilité du choléra.

La Commission à l'unanimité conclut que *la transmissibilité du choléra asiatique est une vérité incontestable, prouvée par des faits qui n'admettent aucune autre interprétation.*

(Adopté à l'unanimité).

IX

Y a-t-il des faits concluants qui forceraient d'admettre que le choléra puisse se propager au loin par certains états de l'atmosphère, par les vents, ou par telle autre vicissitude, ou modification du milieu ambiant ?

Du moment qu'il est démontré qu'en dehors des Indes, ou tout au moins dans les pays dont l'énumération a été faite précédemment, le choléra épidémique ne s'est jamais développé spontanément et qu'il y est toujours venu par des épidémies envahissantes, il n'y a pas lieu d'examiner si, dans nos pays, certains états de l'atmosphère ou du sol, certaines conditions hygiéniques peuvent donner naissance au choléra épidémique ; on doit seulement se demander si, indépendamment de l'importation par l'homme, le choléra peut être transporté à grande distance par l'atmosphère contaminée ou modifiée : en d'autres termes, si l'atmosphère peut servir de véhicule au principe de la maladie et le propager au loin ?

La question, ainsi posée, a une grande importance, puisque si elle était résolue par l'affirmative il s'en suivrait que les mesures de quarantaine n'auraient qu'une efficacité très-contestable. La Commission l'a donc étudiée avec beaucoup de soin.

Pour prouver que le choléra peut être propagé par l'atmosphère au delà d'une certaine distance, il faudrait au moins un fait concluant, c'est-à-dire qui établît *le passage de la maladie d'un lieu infecté à un lieu sain, sans communication préalable possible*. Or, ce fait n'existe pas dans la science ; et la Commission a pu se convaincre de la légèreté de toutes les assertions émises à ce sujet. Quand on a parlé de déserts franchis, de mers traversées, de cordons sanitaires impuissants, on n'a pas pris la peine de vérifier si ces assertions étaient justifiées par les faits ; on ignorait que l'observation a démontré que les déserts avaient toujours été les barrières les plus efficaces contre la propagation du choléra, par la raison très-simple que les moyens de communication y sont plus difficiles que partout ailleurs ; on a perdu de vue que si la mer est un obstacle, elle permet en revanche des communications faciles et dangereuses ; et l'on ne s'est pas même demandé si les cordons sanitaires, tels qu'ils ont été organisés dans les pays populeux, n'avaient pas été précisément des moyens de propagation très-efficaces.

Sans doute, il n'a pas été possible partout de démontrer la communication préalable entre le lieu infecté et celui atteint ultérieurement, et cela

par les motifs exposés plus haut, maispar tout où la recherche a été fait avec soin et où les conditions de la localité se prêtaient à la vérification, cette communication préalable a pu être établie.

Aucun fait concluant ne prouve donc que le choléra ait été importé à distance, d'un lieu à un autre, par le seul intermédiaire de l'atmosphère. Et cependant il est incontestable, comme il sera dit plus bas, que l'air ambiant est le principal, sinon le seule véhicule du principe cholérique ; circonstance à noter,mais qui, pas plus pour le choléra que pour le typhus, n'entraîne la possibilité du transport à grande distance.

En l'absence de tout fait probant, on pourrait encore conclure à la possibilité de l'importation par l'atmosphère seule, si l'on parvenait à établir que la translation du choléra d'un point à un autre a été, dans un cas donné, plus rapide que les moyens de communications employés par l'homme. Or, *c'est une loi, jusqu'ici sans exception, que jamais le choléra n'a marché plus vite que l'homme dans ses migrations*.

Que l'on considère avec attention la dernière épidémie et que l'on cherche dans tout le bassin de la Méditerranée un seul point où le choléra ait éclaté avant toute communication avec un foyer cholérique . on ne le trouvera pas. Le choléra a-t-il gagné de proche en proche dans la direction de certains courants atmosphériques ? non, *il a rayonné et il s'est déclaré là seulement où il y a eu des provenances de lieux atteints de choléra et nulle part ailleurs*. En aurait-il été de même si le choléra voyageait dans l'atmosphère ? Non, on l'aurait vu se manifester sur des points exempts de toute provenance de lieux infectés.

La Commission répond donc qu'*aucun fait n'est venu prouver jusqu'ici que le choléra puisse se propager au loin, par l'atmosphère seule, dans quelque condition qu'elle soit ; et qu'en outre c'est une loi, sans exception, que jamais une épidémie de choléra ne s'est propagée d'un point à un autre dans un temps plus court que celui nécessaire à l'homme pour s'y transporter*.

(Adopté à l'unanimité).

Comment s'opère l'importation du choléra et quels sont les agents de la transmission ?

X

D'après tous les faits acquis, pour que le choléra asiatique éclate et se propage dans une localité, deux conditions sont nécessaires : l'arrivée

d'une provenance d'un lieu infecté et des circonstances qui favorisent la transmission. Nous nous occuperons pour le moment de la première de ces conditions. Une provenance dite cholérique est une chose complexe : elle comprend l'homme et tout ce qui provient directement de lui, puis ses hardes, ses effets, ses marchandises, des animaux, le navire qui le porte, enfin tout ce qui peut accompagner l'homme. Le choléra est sans doute transmissible par une provenance de choléra : mais toute provenance de cette nature est-elle apte à transmettre la maladie ? tout ce qui constitue une provenance cholérique est-il également susceptible d'opérer la transmission ?

On a cru longtemps, pour ce qui concerne les provenances maritimes, que quelques jours écoulés entre le départ et l'arrivée, sans manifestation de choléra, étaient une garantie suffisante, contre l'importation de la maladie. Or, l'expérience a démontré qu'il n'en était rien, et certains faits bien constatés tendent à établir que même une longue traversée sans accidents appréciables ne garantit pas du danger. D'un autre côté il est certain que les paquebots réguliers qui font le service de l'Inde depuis un grand nombre d'années, n'ont jamais importé le choléra à Suez ; de sorte que l'on peut dire, sans spécifier pour le moment davantage, que si toute provenance de pays atteints de choléra n'est pas apte à propager la maladie,il n'en est pas moins prudent, jusqu'à nouvel ordre, de considérer toute provenance telle comme suspecte. Un examen plus détaillé de la question le démontrera.

(Adopté à l'unanimité.)

XI

Dans quelles conditions l'homme importe-t-il le choléra ?

L'homme atteint de choléra est le principal agent importateur de la maladie ; cela n'est pas douteux. Les faits abondent pour le démontrer. Dans le plus grand nombre des épidémies où l'origine a été constatée, on trouve au point de départ un ou plusieurs cholériques venus du dehors. Il serait oiseux d'ajouter d'autres faits à ceux que nous avons déjà cités. Ce qui est également avéré par l'observation, c'est que l'arrivée d'un grand nombre de cholériques dans une localité saine n'est pas nécessaire pour y

développer une grande épidémie. Le plus souvent c'est quelques cas, comme au Pirée, comme à Varna en 1864, comme à Constantinople l'année dernière, comme en beaucoup d'autres endroits qu'il serait trop long d'énumérer ; parfois c'est un seul cas qui, comme à Altenbourg, a été le point de départ d'une épidémie. Sous ce rapport l'étude des faits démontre qu'il n'y a nulle proportion entre la masse de choléra importée et l'intensité de l'épidémie qui s'en suit ; cette intensité est en rapport avec les conditions plus ou moins favorables du milieu où a pénétré la maladie, de même qu'un incendie n'est pas propotionné à l'étincelle qui lui a donné naissance, mais à la combustibilité et à l'agglomération des matières qu'il rencontre.

Ainsi, *l'homme atteint de choléra est, par lui-même, le principal agent propagateur de cette maladie, et un seul cholérique peut donner lieu au développement d'une épidémie.*

(Adopté à l'unanimité).

XII

On va plus loin: des auteurs d'une grande autorité (Pettenkofer, Hirsch, Griesinger) affirment et produisent des faits qui tendraient à prouver qu'un individu venant d'un foyer cholérique, et atteint seulement de diarrhée, peut importer dans une localité saine et y propager le choléra. Un membre de la Commission, M. le Dr Millingen, a produit plusieurs faits analogues extraits d'un ouvrage sur le choléra publié à Copenhague en 1855 par le Dr Brika. La plupart des faits cités sont fort intéressants et rendent la chose très probable ; mais ils n'ont pas toute la netteté nécessaire pour une démonstration rigoureuse.

Un exemple bien probant, par les détails dont il est accompagné, est le fait rapporté dans la *Gazette Médicale de Paris* (28 *avril* 1849) par le Dr Alexandre, et dont voici le résumé : il n'y avait à Hamel, commune rurale, à 25 kilomètres d'Amiens aucun indice de choléra, lorsque le 4 avril arrive dans ce village, venant de Paris où régnait le choléra, un soldat nommé Guilbert, *atteint de diarrhée.* Il est reçu dans la maison paternelle où il reste alité pendant trois jours ; le quatrième il se rend à l'hôtel Dieu d'Amiens. Ce même jour André Guilbert, frère du militaire, est atteint de choléra foudroyant et meurt en douze heures. Cet homme n'habitait pas

la maison paternelle ; mais il s'y était rendu plusieurs fois chaque jour depuis l'arrivée de son frère. La femme d'André Guilbert est prise, 3 jours après la mort de son mari, de cholérine bientôt suivie de choléra et meurt le 16 avril. Guilbert père, qui, pendant le séjour de son fils le militaire, avait éprouvé déjà les symptômes d'une cholérine, est atteint de choléra le 11 et succombe le 15. Un autre fils de cet homme âgé de 17 ans et un enfant de 4 ans, fils d'André, sont affectés de cholérine et guérissent. Le père de la femme d'André qui avait donné ses soins à son gendre et à sa fille est atteint de choléra confirmé et guérit. Un enfant de 11 ans qui fréquentait la maison de Guilbert,et dont les parents avaient soigné André et sa femme, est frappé de choléra le 14 et meurt le lendemain. Quant au militaire qui était venu semer la maladie dans son village, il quitta l'hôpital au bout de quelques jours parfaitement guéri et sans que l'on y ait vu naître aucune affection analogue à la sienne. Le Dr Alexandre ajoute, avec beaucoup de raison, que ce fait prouve que la cholérine n'est autre chose que le choléra, à un degré de gravité moindre.

Ce fait est, à coup sûr, très concluant, et, ajouté aux cas plus ou moins analogues publiés, il donne une grande probabilité à l'opinion des auteurs qui admettent que la diarrhée prémonitoire, ou la cholérine, peut transmettre le choléra.

En ce qui concerne les provenances maritimes de pays infectés nous ne possédons pas d'exemple aussi caractéristique.

On a bien invoqué, au sein de la Commission, le fait de l'importation du choléra au Pirée en 1854, à la suite du débarquement de 4 malades atteints seulement de cholérine et qui guérirent ; mais il y avait eu déjà, à bord du navire, deux cas de choléra suivis de mort et l'équipage avait communiqué avec la terre ; de sorte qu'il est impossible d'en conclure avec certitude que ce furent ces malades qui transmirent la maladie.

Par ces considérations, la Commission a été amenée à conclure que *certains faits tendent à prouver qu'un seul individu (à plus forte raison plusieurs) venant d'un lieu contaminé, et souffrant de diarrhée, peut suffire à donner lieu au développement d'une épidémie cholérique, ou, en d'autres termes, que la diarrhée dite prémonitoire peut transmettre le choléra.*

Quant à savoir si des individus sortant d'un foyer cholérique et jouissant, à leur arrivée dans un lieu indemne, d'une santé en apparence par-

faite, ont pu, par eux-mêmes, y importer la maladie, la Commission répond que *rien ne le prouve*.

Il y a, à la vérité, des exemples qui montrent que le choléra a éclaté dans une localité après l'arrivée d'individus dans cette condition, mais a-t-il été possible d'établir que ces individus fussent réellement dans un état de santé parfait, qu'ils n'avaient pas de diarrhée? non, une telle constatation, à moins de conditions particulières, est, et sera toujours, dans le plus grand nombre des cas, imposible. Et puis, en supposant l'absence de tout symptôme prémonitoire bien constaté, si le choléra éclate, comme on l'a vu, après l'arrivée d'une telle provenance, sera-t-on en droit d'en conclure que ce sont ces individus sains, qui ont, par eux-mêmes, importé la maladie? n'ont-ils pas pu porter avec eux des objets contaminés?

En définitive, quand on entre dans le détail de la question, on voit combien il est difficile de déterminer, d'une manière rigoureuse, le rôle joué dans l'importation par tel ou tel élément d'une provenance cholérique.

(Adopté à l'unanimité.)

XIII

Quelle est la durée de l'incubation ?

La question de l'importation du choléra par l'homme nous conduit tout naturellement à examiner quel est le *maximum* de la durée de l'incubation du choléra et jusqu'à quel point il est permis d'en tenir compte au point de vue de la prophylaxie.

La durée de l'incubation du choléra, c'est-à-dire le temps qui s'écoule entre l'instant supposé où l'agent morbifique pénètre dans l'organisme et le moment où se manifestent les premiers symptômes de la maladie, cette durée est généralement très courte. L'observation montre en effet que dans l'immense majorité des cas, quelques jours suffisent à l'incubation et que parfois cette période ne dépasse pas quelques heures. Cette règle générale est mise hors de doute par les premiers cas qui suivent l'importation de la maladie dans une localité saine ; on voit alors que, quand la maladie est transmise, quelques jours, (une semaine au plus) s'écoulent à peine entre les cas importés et les cas qui en dérivent. Plus tard, quand l'épidémie est constituée, la relation entre les faits devenant très difficile à établir, on ne peut plus rien conclure de certain quant à l'incubation.

La règle générale est encore mise hors de doute par ce qui se passe ordinairement à bord des navires partant d'un foyer cholérique. Si le choléra y éclate, c'est, dans la plupart des cas, durant les premiers jours de la traversée, et c'est sur ce fait, généralement admis, qu'on avait fixé à 5 jours d'observation la quarantaine contre les provenances de choléra. Telle est donc la règle générale. Mais il y a des cas exceptionnels qui tendraient à faire croire que la durée de l'incubation peut se prolonger ou delà de 20 jours.

Ces faits, pour avoir une certaine valeur, ne peuvent être pris qu'à bord de navires. Or, dans cette condition, il n'est pas très rare de voir le choléra confirmé n'éclater à bord que six et sept jours après le départ du lieu contaminé. La dernière épidémie en fournit des exemples.

On a cité, en 1848, le cas de ce navire chargé d'émigrants parti du Hâvre pour New-York le 9 novembre et à bord duquel le choléra ne se manifesta que le 16e jour de la traversée. Quand ces émigrants, au nombre de 346, Allemands pour la plupart, s'embarquèrent, le choléra ne régnait pas encore au Hâvre, mais plusieurs de ces individus arrivaient d'Allemagne, où la maladie existait. Il y eut parmi eux 19 attaques et 7 morts. Il est à noter qu'ils transmirent le choléra à 13 personnes de l'île Staten, où se trouvait placée la quarantaine.

A la même époque (3 novembre 1848), sur un autre navire, *Swanton*, également parti du Hâvre avec 280 émigrants pour la Nouvelle-Orléans, le choléra n'éclata à bord que le 25 novembre, c'est-à dire le 23e jour de la traversée, et y occasionna 13 morts. Un certain nombre de ces émigrants venaient, comme ceux de l'autre navire, de points de l'Allemagne où régnait le choléra. *(Baly. Report on cholera, etc.* 1854*)*

Voici un autre fait qui se rapporte à la dernière épidémie de Gibraltar. Le 21 août 1865, alors que le choléra régnait dans la ville, une partie du 1er bataillon du 9e régiment, qui s'était jusque-là maintenu en bonne santé, reçut l'ordre de partir pour le Cap et fut embarquée sur le *Renown*, grand bâtiment neuf, bien aéré. Le lendemain, 22 août, un cas de choléra, rapidement mortel, eut lieu à bord. Le navire fut remorqué dans le courant et comme aucun autre cas ne s'y était déclaré, il prit la mer au bout de 30 heures. Tout alla bien jusqu'au 5 septembre ; mais le 5 septembre, après 13 jours de mer, le choléra éclata à bord et, dans l'espace de 14 jours, enleva 9 hommes, une femme, plusieurs enfants, ainsi que le chirurgien du na-

vire. *(extrait d'une communication officielle de M. Rutherford inspecteur général de l'armée à Gibraltar)*

Ces faits, quoique rares, constituent des exceptions qu'il importe de ne pas négliger. On remarquera d'abord que dans tous ces cas il est question de choléra confirmé. Or, comme il est bien démontré aujourd'hui que la diarrhée prémonitoire est un effet de l'intoxication cholérique, un degré léger de la maladie même et, selon toute probabilité, capable de transmettre le choléra, il s'en suit qu'au point de vue pratique cette diarrhée doit être assimilée à l'attaque de choléra elle-même, et ne saurait être comptée dans la période d'incubation. En d'autres termes, selon la Commission, la manifestation du choléra à bord d'un navire, comme partout ailleurs, ne commence pas seulement avec la première attaque, mais avec les accidents diarrhéiques prémonitoires qui, si souvent, précèdent le choléra proprement dit, et n'y aboutissent pas dans la grande majorité des cas.

Qui peut donc assurer que dans ces faits exceptionnels il n'y avait pas eu, avant les attaques, de ces cas de diarrhée marquant le début de la maladie?

D'un autre côté, en admettant qu'il n'en fût rien, du moment qu'il est prouvé (comme nous le dirons plus loin) que des effets, des hardes provenant d'un foyer cholérique peuvent être le réceptacle du principe morbifique et communiquer la maladie, n'y a-t-il pas lieu de se demander si, dans ces cas exceptionnels, la maladie n'a pas été contractée à bord pendant la traversée?

Ces exceptions ne prouvent donc rien contre la règle qui montre que la durée de l'incubation cholérique ne dépasse pas un petit nombre de jours; mais ils prouvent que la durée d'une traversée, même assez longue, sans attaque de choléra, n'est pas une garantie sûre contre l'importation de la maladie.

Le *maximum* de la durée de l'incubation cholérique ne saurait être fixé avec certitude que par des faits recueillis en dehors de toute contamination possible, c'est-à-dire sur des individus sortis d'un foyer et placés à l'abri de toute nouvelle infection ; tel serait un voyageur isolé chez qui le choléra ne se manifesterait qu'un certain temps après qu'il aurait quitté le lieu infecté, si ce voyageur n'emportait avec lui aucun objet propre à servir de réceptacle au principe morbifique ; telle serait la dame d'Alten-

bourg, si cette dame n'avait pas eu avec elle son enfant malade et ses hardes ; mais tels seraient surtout les faits recueillis sur des individus soumis à une exacte séquestration, après avoir été séparés de tout objet susceptible de transmettre la maladie. Dans ces cas, le temps le plus long écoulé entre la séquestration et la manifestation des symptômes cholériques donnerait, en supposant que l'observation portât sur un grand nombre de faits, le *maximum* de l'incubation cholérique.

Mais la Commission en est réduite à reconnaître que des faits recueillis dans de telles conditions n'existent pas, par la raison très-simple que jusqu'ici le choléra n'ayant guère été supposé transmissible que par l'homme atteint de la maladie à son *summum* d intensité, sans qu'on ait tenu compte de la transmissibilité par des objets contaminés, on n'a pas généralement institué de mesures propres à mettre ces faits en évidence.

C'est pourquoi, la Commission s'en tenant à la règle générale a formulé la conclusion suivante : *Dans presque tous les cas où la période d'incubation, c'est-à-dire le temps écoulé entre le moment où un individu a pu contracter l'intoxication cholérique et le début de la diarrhée prémonitoire ou du choléra confirmé, ne dépasse pas quelques jours ; (1) tous les faits cités d'une incubation plus longue se rapportent à des cas où la contamination a pu avoir lieu après le départ du lieu infecté.*

(Adopté à l'unanimité.)

XIV

Le choléra peut-il être importé et transmis par des animaux vivants ?

La question doit être envisagée sous deux points de vue différents : on Peut se demander si certains animaux ne seraient pas aptes à contracter le choléra et par suite à le transmettre dans les mêmes conditions que l'homme, ou si des animaux vivants, non malades, ne pourraient pas, à la manière d'un objet contaminé, servir de réceptacle au principe de la maladie et l'importer.

---

(1) La Conférence a modifié ainsi qu'il suit la seconde partie de la conclusion du chapitre XIII (séance du 18 juin procès-verbal N° 18 :

« Tous les faits cités d'une incubation plus longue se rapportent à des cas qui ne sont pas concluants, ou bien parce que la diarrhée prémonitoire a été comprise dans la période d'incubation, ou bien parce que la contamination a pu avoir lieu après le départ du lieu infecté. »

Des auteurs très recommandables, et notamment Griesinger, ne mettent pas en doute que certains animaux ne puissent être atteints d'un état morbide ayant la plus grande analogie avec le choléra. Ils invoquent les épizooties qui, pendant les épidémies cholériques, ont sévi fréquemment sur la volaille, l'espèce bovine, les chevaux, etc., et de cette coïncidence, liée avec une certaine analogie dans des symptômes, ils concluent à une identité de nature. En outre, de quelques expériences faites par MM. Meyer, Thiersch, etc., on a déduit que les déjections cholériques pouvaient transmettre le choléra à des animaux. Mais tous ces faits, hâtons-nous de le dire, sont bien loin d'être probants, et quand même on admettrait l'analogie de certaines épizooties avec le choléra, et que les souris blanches, empoisonnées par Thiersch, aient présenté tous les symptômes de cette maladie, on serait loin d'être autorisé à conclure à l'identité de nature et encore moins à la transmissibilité de l'animal à l'homme. En réalité, aucun fait n'est venu jusqu'ici donner quelque valeur à cette opinion.

Reste à savoir si un animal vivant peut, par son enveloppe, servir de réceptacle au principe de la maladie. On comprend qu'il en puisse être ainsi ; c'est tout ce que la Commission peut dire ; et sous ce rapport, les animaux vivants rentreraient dans la catégorie des objets capables d'importer le choléra. En conséquence et sans insister davantage sur ce point qui sera traité à l'occasion des mesures de prophylaxie, la Commission se borne à répondre de la manière suivante : *Il n'y a aucun fait connu qui établisse que le choléra ait été importé par des animaux vivants; mais il est rationnel cependant de les considérer, dans certains cas, comme étant des objets dits susceptibles.*

(Adopté à l'unanimité, moins MM. Bykow et Lenz.)

XV

Le choléra peut-il être importé et transmis par des linges, des hardes, et en général par des effets à usage ?

La Commission a été unanime à reconnaître que les effets à l'usage des cholériques, ou ayant été souillés par leurs déjections pouvaient transmettre le choléra : et cependant, pour en fournir la démonstration rigoureuse par des exemples ne donnant prise à aucune autre interprétation

possible, on n'en pourrait réunir qu'un bien petit nombre. Ce n'est pas que les faits qui militent en faveur de cette opinion soient rares ; ils sont au contraire très-nombreux ; mais, comme presque toujours en pareil cas, ils se présentent entourés de circonstances qui permettent des interprétations différentes. Tels sont les faits recueillis dans un foyer cholérique. Ainsi cette remarque généralement faite que les buandiers et les blanchisseuses sont particulièrement frappés pendant les épidémies, vient à coup sûr à l'appui de la transmissibilité par les linges souillés; mais comme la maladie peut à la rigueur avoir été contractée autrement, il faudrait, pour que la probabilité en fût bien établie, qu'elle résultât de l'étude comparative d'un très grand nombre de faits.

Les exemples probants ne peuvent donc être pris qu'en dehors des foyers cholériques. Or, dans cette condition, on trouve consignés dans la science des cas de transmission par des linges provenant d'un lieu infecté. C'est ainsi qu'en 1853, à Cessantès près de Vigo, le choléra fut transmis à deux blanchisseuses qui venaient de laver des linges provenant du lazaret où la maladie existait, et alors que leur village, la ville et toute la province étaient encore indemnes. *(Monlau.)*

Le premier cas de choléra observé dans le village de Moor-Monkton, à 6 milles de la ville d'York, eut lieu le 28 décembre 1832. A ce moment la maladie n'existait pas dans le voisinage, ni même dans aucun endroit plus près que 30 milles Le nommé John Barnes, âgé de 30 ans, laboureur, souffrait depuis 2 jours de diarrhée et de crampes, lorsque le 28 décembre il fut pris de tous les symptômes du choléra avec état algide et mourut le lendemain. Le malade avait été visité par deux médecins respectables, les frères Hopps, dont l'un, praticien très-expérimenté de la ville d'York, fit immédiatement des recherches pour arriver à la source probable de la maladie. Ses premières investigations furent vaines. Cependant la femme de J. Barnes et deux autres personnes, Metcalfe et Muscroft, qui avaient visité le malade la veille, venaient d'être pris eux mêmes de choléra; ils guérirent. En outre, John Foster, Ann Dunn et la veuve Breyke, qui avaient été tous en communication avec les susdits malades, furent tous atteints d'une indisposition prémonitoire sévère, qui fut cependant arrêtée. Tandis que les médecins cherchaient en vain à découvrir l'origine de la maladie, le mystère se révéla d'une manière inattendue par l'arrivée d'un fils du défunt. Le jeune homme était apprenti cordonnier

chez son oncle à la ville de Leeds. Il informa les médecins que sa tante (la sœur de son père) était morte de choléra 15 jours auparavant et que, comme elle n'avait pas d'enfants, ses effets avaient été envoyés à John Barnes par le roulage ordinaire, et sans avoir été lavés. J. Barnes avait ouvert la caisse dans la soirée et le lendemain il était tombé malade. *(J. Simpson, observations on Asiatic cholera. London,* 1849,)

Le Dr Simpson relate dans le même ouvrage un fait très curieux qui tendrait à prouver qu'un objet contaminé et enfermé aurait, après dix mois, communiqué le choléra. Le fait fut observé à York en 1833 par le Dr Brown. Une femme âgée de 67 ans était morte de choléra au mois d'août de 1832. Dix mois plus tard, aux fêtes de la Pentecôte, deux nièces de cette femme étant venues visiter leur oncle, celui-ci ouvrit pour la première fois un tiroir qui renfermait, outre quelques petits bijoux qu'il offrit à ses nièces, le bonnet que sa femme avait porté au moment de sa mort. Cet homme fut pris de choléra le soir même et mourut le lendemain. Le Dr Simpson ne mettant pas en doute la véracité de la relation du Dr Brown, c'est ce qui donne à ce fait quelque valeur.

Le Dr Simpson ajoute : « Les cas sus-cités sont d'une authenticité incontestable. Ils montrent évidemment que la maladie peut être portée de lieu en lieu par le moyen des hardes. »

Voici un autre fait remarquable tiré de l'ouvrage de Pettenkofer (*Untersuchungen und Beobachtungen ueber die Verbreitungsard der cholera. München,*1865) :

A Lustheim, commune de Schleisheim, près de Munich, les premiers cas de choléra eurent lieu dans une famille de journaliers, composée de père, mère, fille et d'une parente. Une autre fille servait à Munich. Cette dernière envoya à ses parents de la viande et les vieux habits d'une famille dont quelques personnes venaient de succomber au choléra. La viande déjà un peu altérée fut consommée, les habits furent portés. Le troisième jour, 21 septembre 1854, père et mère furent atteints de choléra et moururent. Le 2[illegible] leur fille fut attaquée. Le 25 le fils, qui servait ailleurs, vint à la maison pour assister aux funérailles. Il tomba malade dans l'après midi et mourut en 5 heures. La fille, qui servait à Munich et qui avait envoyé les effets sus-mentionnés, étant venue le 22 pour soigner sa sœur, tomba malade le même jour et mourut aussi. Le 26, la parente qui demeurait avec cette famille, fut atteinte à son tour et succomba dans la suite. Il ne survécut de cette famille que la fille attaquée le 22.

On trouve encore dans l'ouvrage de Pettenkofer le cas très-intéressant de ce prisonnier qui, transféré de la salle de police de Munich, où plusieurs attaques de choléra avaient eu lieu, dans la prison d'Ebrac, encore indemne, y importa la maladie, bien qu'il n'eut à son arrivée que la diarrhée. Entré le 20 août 1854, il fut pris des symptômes caractéristiques le 26, et guérit ; mais son geôlier atteint le lendemain mourut en quelques heures. Il s'en suivit une épidémie. La maladie éclata le 28 dans la partie de la prison réservée aux femmes et qui est complètement séparée de celle des hommes. Pettenkofer constata, par une enquête, que la première femme atteinte avait été employée le 21 au blanchissage du linge sale quitté le 20 par le prisonnier dont il est question.

Lebert (*Choléra en Suisse. Francfort* 1856.) rapporte le cas très-intéressant d'un homme qui fut pris de choléra à Lugano après la cessation complète de la maladie dans cette ville, et après avoir fait usage d'habits provenant d'un cholérique mort deux mois auparavant dans la même maison. Le Dr Pappenhein a relaté dans le journal de Casper (tome V. 1854) des faits d'où il résulte que des personnes ont contracté le choléra, lorsque la maladie avait entièrement cessé, après avoir couché dans des lits qui avaient servi à des cholériques pendant l'épidémie et qui avaient été mis de côté et enfermés depuis lors.

Si tous ces faits, que nous pourrions multiplier, ne donnent pas une certitude absolue, ils établissent du moins une probabilité telle qu'il n'est pas permis de leur refuser une très grande valeur.

Dans le cas cité plus haut d'un navire parti du Hâvre, en 1848, chargé d'émigrants pour l'Amérique et à bord duquel le choléra n'éclata que le 16me jour de la traversée, on attribua l'explosion de la maladie à ce que les émigrants avaient ouvert leurs caisses contenant des effets contaminés. Ce n'est là sans doute qu'une supposition, mais qui devient très probable, quand on considère, d'un côté, le temps écoulé entre le départ du Hâvre où le choléra ne régnait pas encore (plusieurs de ces émigrants venaient d'un point de l'Allemagne où la maladie existait), et le moment de la première attaque, et d'autre part, tous les faits qui militent en faveur de la transmission par des objets ayant été en rapport avec des cholériques. Dans l'interprétation de ce fait, il n'y a, en réalité que quatre suppositions possibles : ou le développement spontané du choléra à bord du navire, ce qui serait sans autre exemple ; ou une incubation d'au moins

16 jours, ce qui constituerait une exception infiniment rare ; ou une dissimulation des premiers indices de l'intoxication cholérique, ce qui n'aurait pas manqué d'être relevé plus tard ; ou enfin une contamination contractée à bord, ce qui est le plus en harmonie avec ce que nous savons des modes de transmission.

A côté des faits qui prouvent que le choléra peut être transmis par des effets ayant servi à des cholériques, il y en a d'autres qui montrent que le lieu de campement où une épidémie a eu lieu (Indes), la salle d'hôpital, la chambre, le navire qui ont renfermé des cholériques peuvent quelquefois conserver pendant un certain temps et dans certaines conditions, le privilège de transmettre la maladie. Il serait trop long d'énumérer les faits, bien connus d'ailleurs, qui mettent hors de doute cette assertion.

Mais, en regard de la possibilité bien démontrée de la transmission du choléra par des effets provenant d'un foyer cholérique et surtout par ceux ayant été en rapport avec des malades, il convient de faire remarquer que, dans la généralité des cas, les effets à usage venant d'un lieu où règne le choléra n'importent pas la maladie. S'il en était autrement, dans les diverses épidémies qui ont eu lieu, et notamment dans la dernière, la généralisation de la maladie dans tous les sens aurait été beaucoup plus grande. En effet, que l'on considère le nombre immense des voyageurs partis en 1865 d'un foyer cholérique et qui se sont répandus, accompagnés de leurs bagages, dans toutes les contrées de l'Europe, et par suite le nombre d'endroits exposés à la contamination par l'importation d'effets à usage venant d'un lieu infecté ; on sera forcé de reconnaître que si la transmission par cette cause a pu être effectuée dans certaines localités, elle ne s'est pas produite dans l'immense majorité des cas.

Il y a donc certaines conditions nécessaires, et heureusement rares, pour que les effets à usage soient susceptibles d'importer et de transmettre le choléra.

Ces conditions nous sont indiquées par les exemples mêmes où la transmission a eu lieu. C'est, pour le transport à petite distance, que les effets dont il est question aient été récemment en rapport direct ou indirect avec des cholériques et surtout aient été souillés par leurs déjections. Telle est la circonstance qui fait que les buandiers, les blanchisseuses et en général les personnes qui sont en rapport avec les effets des cholériques sont particulièrement victimes de la maladie. Or, il est clair que cette

circonstance doit se rencontrer bien rarement parmi les effets d'un voyageur. Il n'est pas impossible cependant que des linges salis par un individu n'ayant qu'une simple diarrhée cholérique soient renfermés dans une malle. Que nous montrent les faits où la transmission a eu lieu longtemps après la cessation de l'épidémie, ou dans un endroit loin du point de départ ? Ils montrent que toujours alors les effets contaminés avaient été enfermés, confinés et plus ou moins à l'abri du contact de l'air renouvelé. Il n'y a pas d'exemple d'objets abandonnés à l'air libre, qui, au delà d'un temps très court, (qu'on ne saurait toutefois préciser faute de données exactes) auraient transmis le choléra, tandis qu'il y a des cas tendant à prouver que la transmission a eu lieu par des effets tenus enfermés pendant plusieurs mois.

Il résulte de tout ceci que les effets à usage doivent la propriété de transmettre le choléra à ce qu'ils peuvent être imprégnés de matières provenant de cholériques, et surtout de leurs déjections alvines qui, disons-le de suite, paraissent recéler tout particulièrement le principe de la maladie. Il en résulte encore que les effets ainsi contaminés perdent assez rapidement à l'air libre la propriété de transmission, mais qu'il n'en est plus de même si ces effets ont été maintenus dans un état de confinement.

L'air libre est donc pour les effets contaminés un agent purificateur ; et loin de pouvoir transporter intact à de grandes distances, comme on l'a cru, le principe générateur du choléra, il le détruit rapidement, ainsi que cela sera démontré ultérieurement.

Cela dit, la Commission répond que *le choléra peut être transmis par les effets à usage provenant d'un lieu infecté et spécialement par ceux qui ont servi aux cholériques; et que même il résulte de certains faits que la maladie peut être importée au loin par ces mêmes effets renfermés à l'abri du contact de l'air libre.*

(Adopté à l'unanimité).

XVI

Le choléra peut-il être importé et transmis par des marchandises ?

On ne saurait citer aucun cas établissant la transmission du choléra par des marchandises importés d'un pays ou régnait cette maladie.

Jamais, en particulier, les marchandises importées de l'Inde, soit à Suez, soit directement en Europe, n'ont transmis le choléra. Toutefois cela ne prouverait pas que le fait soit impossible et n'ait pas eu lieu autre part, dans des circonstances inaperçues, surtout si l'on considère que, sous le nom de marchandises, sont compris des objets éminemment aptes à s'imprégner des principes morbifiques, tels les drilles, les chiffons, les peaux, etc.

Aussi la Commission, tout en constatant à l'unanimité, l'absence de preuves à l'appui de la transmission du choléra par des marchandises, a-t elle admis (à la majorité de 16 voix contre 6) la possibilité du fait dans certaines conditions.

(Ont voté contre : MM. Bykow, Goodeve, Lenz, Pélikan, Polak et Van Geuns).

Si maintenant on se remémore tout ce qui vient d'être dit des agents par lesquels on admet, avec plus ou moins de raison, que le choléra puisse être importé et transmis, on voit, ainsi que nous l'établissions en commençant, combien il est difficile, dans l'état actuel de nos connaissances à ce sujet, de faire la part exacte qui revient à tel ou tel élément d'une provenance de choléra, à l'homme, à ses effets, à ses marchandises, au navire. Tous ces éléments ne sont pas, à coup sûr, au même degré dangereux, mais tous peuvent l'être indépendamment les uns des autres, par ce seul fait qu'ils viennent d'un lieu atteint de choléra.

Par conséquent, jusqu'à plus ample informé, la Commission croit qu'il sera sage de considérer comme suspecte, à moins de conditions particulières et déterminées, toute provenance d'un foyer cholérique.

(Adopté à l'unanimité, moins MM. Goodeve, Pélikan, et Polak qui se sont abstenus.)

XVII

Les cadavres de cholériques peuvent-ils importer et transmettre le choléra ?

En Europe il n'y a guère lieu de craindre que des cadavres de cholériques importent la maladie d'un endroit à un autre, par la raison que quand on les y transporte au loin, c'est avec des précautions qui écartent tout danger ; mais il n'en est pas de même en Asie où, pour obéir à certaines coutumes religieuses, il est d'usage dans plusieurs contrées de faire voyager les cadavres à de grandes distances. Sous ce rapport la question offre un intérêt tout particulier pour la Turquie.

On sait, en effet, que chaque année, à époque fixe, les Persans viennent en pèlerinage à certains lieux consacrés aux environs de Bagdad et qu'ils ont la coutume d'amener avec eux un grand nombre de cadavres à tous les degrés de la décomposition, depuis des ossements enfermés dans des sacs ou des couffes, jusqu'aux morts de la veille placés dans des caisses mal jointes. Ces débris humains, qui exhalent une odeur infecte, sont apportés pour recevoir la sépulture près des tombeaux vénérés des grands saints de l'Islamisme. Assez souvent ces pèlerins amènent aussi avec eux le choléra qui se répand, plus ou moins, à Bagdad et dans toute la province.

Le rôle des cadavres en pareil cas n'est pas douteux : ils créent des conditions de putridité qui contribuent à augmenter les ravages de la maladie; cela résulte de tous les renseignements reçus à ce sujet. Mais leur importation a-t elle jamais fait naître le choléra? Ce qu'on peut répondre à cet égard c'est que toutes les fois que le choléra a été importé à Bagdad par les pèlerins persans, ceux-ci l'avaient avec eux bien avant d'arriver à Bagdad; de sorte qu'il est difficile de faire la part des morts et celle des vivants. D'un autre côté, quand les pèlerins sont arrivés exempts de choléra jamais cette maladie n'a éclaté, ni parmi eux, ni en dehors d'eux, au moment des cérémonies de l'inhumation des cadavres, quelle que fût l'infection résultant des exhalaisons putrides. Tout ce qu'il est donc permis de conclure, c'est que les cadavres persans, en tant que cadavres putréfiés, ne donnent pas naissance au choléra; mais on ne saurait dire s'il en est de même des cadavres de cholériques.

L'opinion admise par beaucoup de médecins qui ont étudié la question dans ces derniers temps est que les cadavres des cholériques sont des agents très-actifs de transmission. Il semble en effet très naturel — la transmissibilité étant admise — qu'il en soit ainsi; le cadavre étant supposé renfermer tous les éléments propres à reproduire la maladie. Cependant il est d'observation que les médecins qui se sont occupés le plus de l'anatomie pathologique du choléra, qui ont fait des centaines d'autopsies, n'ont pas été plus atteints de la maladie que les autres. Ce fait a été noté tout aussi bien dans l'Inde qu'en Europe. Serait-ce par cette raison qu'en général les autopsies de cholériques sont pratiquées sur des corps frais, à un moment où un certain degré de fermentation, qui peut-être est nécessaire au développement du principe morbifique, ne s'est pas encore

produit? cela est possible. Mais, d'un autre côté, quand on cherche des faits concluants à l'appui de la transmission par les cadavres on n'en trouve pas, ou bien on trouve des faits complexes qui ne permettent pas d'affirmer que ce soit le corps mort plutôt que des déjections antérieures à la mort, ou d'autres circonstances qui aient transmis la maladie.

En réalité, il n'y a pas de démonstration rigoureuse du fait et de ce qu'un cholérique ou ses déjections peuvent transmettre le choléra, il ne s'en suit pas nécessairement qu'un cadavre de cholérique, avec tout ce qu'il renferme, ait conservé la même propriété.

Dans le doute, la Commission a répondu : *Bien qu'il ne soit pas prouvé par des faits concluants que les cadavres de cholériques puissent transmettre le choléra, il est prudent de les considérer comme dangereux.*

(Adopté à l'unanimité, moins M. Sawas qui s'est abstenu.)

De l'influence des moyens de communications.

Après avoir étudié et déterminé autant que possible le rôle des principaux agents auxquels on peut attribuer l'importation du choléra, il convient d'examiner maintenant la part qui revient aux moyens de communications pour la propagation des épidémies.

XVIII

Quelle influence les différents modes de communication, soit par terre, soit par mer, exercent-ils sur la propagation du choléra ?

La marche des épidémies nous a fait voir que la propagation du choléra s'effectuait toujours dans le sens des courants humains, que plus les communications étaient actives, multipliées, dans un pays, ou d'un pays à un autre, plus la propagation de la maladie avait de la tendance à s'y faire ; que plus les moyens de transport étaient rapides, plus aussi l'extension pouvait s'opérer rapidement. Nous avons cité des faits à l'appui de ces propositions et nous n'avons pas à y revenir.

De tous les modes de transport, le plus dangereux, le plus propre à importer la maladie, quoique n'étant pas le plus rapide, est le transport maritime ; par cette raison qu'un navire peut contenir dans ses flancs tout ce

qui constitue un foyer cholérique. Il peut transporter non seulement tout une épidémie, mais il la porte dans des conditions de confinement et d'infection des plus favorables à la transmission de la maladie. Un navire infecté de choléra peut donc être considéré, disons-le, comme le moyen de propagation le plus sûr, et d'autant plus à craindre que sa traversée aura été moins longue.

Les communications par chemin de fer, quoique capables de porter plus rapidement la maladie d'un point à un autre,— ainsi que la dernière épidémie l'a fait voir,— ne sont pas cependant à beaucoup près aussi propres à propager sûrement une épidémie. L'expérience l'a démontré, et la raison le comprend. Il est assez rare que les chemins de fer transportent des cholériques, et la population qui émigre par ce moyen d'un lieu infecté n'appartient pas en général à la classe qui est particulièrement frappée par le choléra. Ces circonstances, jointes à l'aération et à toutes les autres causes d'extinction du principe cholérique dans un tel voyage, compensent, et au delà, le danger résultant du nombre des voyageurs. Hâtons-nous d'ajouter cependant qu'après les moyens de transport maritimes, les chemins de fer sont incontestablement les agents les plus actifs de la rapide extension des épidémies; et l'on doit admettre que dans certaines conditions (celle par exemple d'un transport de troupes) ils puissent être la cause d'une propagation sûre. Le développement du choléra à Alexandrie après l'arrivée des pèlerins par le chemin de fer de Suez en fournit la preuve.

En conséquence, la Commission répond que les communications maritimes sont, par leur nature, les plus dangereuses; que ce sont elles qui propagent le plus sûrement au loin le choléra, et qu'ensuite viennent celles par chemins de fer qui, dans un temps très court, peuvent porter la maladie à grande distance.

(Adopté à l'unanimité.)

XIX

Quelle est l'influence des déserts sur la propagation du choléra?

Parmi tous les moyens de communication d'un pays à un autre, il en est un qui mérite spécialement de fixer l'attention, parce que, loin de favoriser la propagation du choléra, il n'a jamais servi de conducteur à sa

marche : nous voulons parler de la communication à travers de grands déserts par les caravanes. Une expérience, qui remonte aux premières apparitions du choléra hors de l'Inde, a appris, en effet, qu'un grand désert était le meilleur de tous les obstacles à la propagation du choléra. Elle a démontré que non seulement un tel espace n'était jamais franchi d'un bond par la maladie, mais encore qu'une caravane nombreuse, partie d'un point où régnait le choléra, s'en débarrassait peu à peu dans sa marche à travers le désert et arrivait entièrement purgée, pourvu que son voyage eût duré plus d'une vingtaine de jours. L'administration sanitaire ottomane possède sur cette question des renseignements précieux. Jamais la caravane de pèlerins partie de La Mecque en proie au choléra (et cette circonstance s'est répétée assez souvent) n'a importé la maladie à Damas. Les documents établissent que quand cette caravane a quitté La Mecque avec le choléra parmi elle, toujours la maladie s'y est éteinte après une semaine ou deux de marche. On peut en dire autant de la caravane qui de La Mecque retourne en Egypte par Suez : celle-ci non plus n'a jamais importé le choléra en Egypte; et il a été prouvé que si en 1831 cette maladie y fut importée par les pèlerins revenant de La Mecque, elle le fut par ceux qui revinrent par mer et non par la caravane qui n'arriva que plus tard.

La même remarque est applicable à la traversée des déserts qui séparent Bagdad de Damas et de La Mecque ; et lorsqu'en 1823, et plus tard en 1847, le choléra venant de la Perse, s'avança jusqu'au nord de la Syrie, ce fut en remontant le Tigre et l'Euphrate, par Diarbékir, Orfa, Biredjik, qu'il y pénétra et non à travers le désert. Une assertion consignée dans l'ouvrage, très-estimable d'ailleurs, de Verrollot sur la marche du choléra en 1845, 46 et 47, tendrait à établir une exception à cette règle. Verrollot suppose que le choléra fut importé à La Mecque en novembre 1846, époque du pèlerinage, par les Persans partis de Kerbela, et cela uniquement parce qu'au mois d'août de cette année le choléra sévissait à Kerbela; mais il oublie que dès le mois de mai la maladie existait à Djeddah, et qu'il est beaucoup plus rationnel d'admettre que de cette ville elle s'est propagée à La Mecque, où elle a pris tout son développement à l'époque du pèlerinage. La supposition de Verrollot n'est donc pas de nature à infirmer une règle établie par une longue expérience. Ajoutons que cette même règle a été vérifiée pour les déserts du nord de l'Afrique par notre collègue, M.

le Dr Dickson, pendant les épidémies de 1850 et 1855, où le choléra ne s'est jamais propagé au delà de trois étapes dans le désert, et qu'elle l'a été également par des observations faites aux Etats-Unis d'Amérique par le Dr Byrne. *(Essai sur le choléra* 1855*)*.

C'est donc, on peut le dire, une vérité bien démontrée qu'un grand espace, un désert, où les populations sont clair semées et n'ont entre elles que des rapports très limités, est la meilleure de toutes les barrières contre l'importation du choléra, et que, quand la maladie y pénètre, elle s'y évapore en quelque sorte et s'y éteint rapidement. Ainsi, cet air libre, cette atmosphère à travers laquelle on a supposé que le principe du choléra pouvait se transporter à de grandes distances, serait au contraire le purificateur et le destructeur de ce principe.

La Commission, s'en tenant aux faits établis par l'expérience, conclut que les grands déserts sont une barrière très efficace contre la propagation du choléra, et elle reconnait qu'il est sans exemple que cette maladie ait été importée en Egypte ou en Syrie, à travers le désert, par les caravanes parties de La Mecque.

(Adopté par tous les membres de la Commission moins MM. Monlau, Pelikan, Polak et Van Geuns, qui se sont abstenus).

De l'influence des agglomérations (1).

XX

Quelle est l'influence des agglomérations d'hommes sur l'intensité des épidémies de choléra, ainsi que sur la propagation de la maladie ? et dans quelles conditions s'exerce cette influence ?

Pour résoudre ces questions il importe d'envisager successivement cette influence telle qu'elle se présente à bord des navires, dans les lazarets, dans les armées, dans les foires, les pèlerinages et notamment dans celui de La Mecque. Par contre, il est nécessaire de montrer l'influence de la dissémination, soit comme moyen de diminuer l'intensité des épidémies cholériques, soit comme moyen de les propager.

Mais avant de passer à l'étude détaillée de ces différents points, la Commission croit pouvoir répondre, dès à présent, d'une manière générale, aux questions posées que *toute agglomération d'hommes — parmi laquelle s'in-*

(1) Agglomération n'est pas synonyme d'accumulation, ni d'encombrement.

troduit le choléra — est une condition favorable à l'extension rapide de la maladie, et — si cette agglomération se trouve dans de mauvaises conditions hygiéniques — à la violence de l'épidémie parmi elle ;

Qu'en pareil cas la rapidité de l'extension est proportionnée à la concentration de la masse agglomérée, tandis que la violence de l'épidémie est — toutes choses égales d'ailleurs — d'autant plus prononcée que les individus composant l'agglomération ont moins subi déjà l'influence cholérique, ou en sont restés vierges ; c'est-à-dire, en d'autres termes, que les individus qui ont déjà subi l'influence d'un foyer cholérique jouissent d'une sorte d'immunité relative et temporaire qui contre-balance les fâcheux effets de l'agglomération ;

Qu'enfin, dans une masse agglomérée, plus l'extension est rapide plus aussi la cessation de l'épidémie est prompte, à moins que de nouveaux arrivages sains ne viennent fournir un nouvel aliment à la maladie et ainsi l'entretenir.

(Adopté à l'unanimité).

L'importance de plusieurs de ces propositions n'échappera à personne. Elles affirment ce fait très-remarquable que plus une agglomération est concentrée plus vite le choléra s'y propage et y épuise son action, sans s'y perpétuer, quelles que soient les conditions fâcheuses de ce milieu. L'expérience montre que, dans ces conditions, le choléra après avoir fait un nombre plus ou moins considérable de victimes — qui toutefois ne dépasse jamais une certaine proportion, — s'éteint promptement par suite de l'immunité dont jouissent les survivants. La conséquence pratique de ce fait, c'est que quand le choléra s'est déclaré dans un tel milieu, il n'y a pas raison de craindre qu'il s'y maintienne au-delà d'un certain temps, ni qu'il y fasse un nombre illimité de victimes. Il reste à démontrer maintenant que ces conclusions, applicables en général à toutes les agglomérations, sont justifiées par l'étude des faits, considérés dans chaque espèce d'agglomération en particulier.

XXI

Quelle est l'intensité et quelle est la tenacité des épidémies de choléra à bord des navires ?

Les conditions de l'agglomération à bord d'un navire sont, sans contredit, les plus favorables au développement rapide et à la violence d'une

épidémie cholérique. Un espace étroit, mal aéré, l'impossibilité d'isoler suffisamment les malades, l'infection qui en résulte, font qu'un navire encombré d'hommes constitue le milieu le plus apte à favoriser une épidémie et, en apparence, à l'y entretenir. Il va sans dire que plus l'encombrement est grand, plus les conditions sanitaires du bord sont mauvaises, plus aussi les probabilités d'une épidémie violente sont à craindre. L'expérience sur ce point est d'accord avec le raisonnement.

Cependant il s'en faut de beaucoup que tous les navires, à encombrement égal, courent le même danger en cas d'atteinte de choléra. Sous ce rapport il faut établir une distinction entre les bâtiments venant d'un foyer cholérique, c'est-à-dire qui ont embarqué des individus ayant séjourné plus ou moins longtemps dans une localité où règne le choléra, et les navires ayant à bord un équipage et des passagers exempts de toute influence cholérique et qui viennent à se mettre en rapport avec une localité ou des individus atteints de choléra.

Sur les premiers (ceux qui partent d'un lieu infecté) en dépit d'un encombrement des plus fâcheux, si le choléra éclate à bord, il n'y fait ordinairement qu'un petit nombre de victimes, et cela pendant les premiers jours de la traversée, et, si celle-ci se prolonge, il s'y éteint pour ne plus reparaître. Le plus souvent même le choléra proprement dit ne s'y montre pas.

La démonstration de ceci a été donnée de la manière la plus convaincante par la dernière épidémie.

Sur 33 paquebots à vapeur et 112 navires à voiles arrivés, en contumace de choléra, l'année dernière aux Dardanelles, dans l'espace d'un mois et demi, et venant pour la plupart d'Alexandrie, il n'y eut à bord pendant la traversée que 5 cas de mort et environ 16 hommes atteints de choléra qui furent transportés au lazaret. Ces navires portaient ensemble 3,058 hommes d'équipage et de plus des passagers dont 2,268 entrèrent au lazaret. Le chiffre de ceux qui firent leur quarantaine à bord n'est pas indiqué. Cela fait en tout un total de plus de 5,326 hommes — sans compter les passagers restés à bord — ayant fourni 5 morts et en outre 16 attaques provenant pour la plupart des navires à vapeur (1). Nous verrons plus loin ce qui se passa dans le lazaret.

(1) Les navires désignés comme ayant eu le choléra à bord sont : *Archiduc Maximilien*, arrivé le

Ce que nous disons des arrivages aux Dardanelles a été observé, à peu près dans les mêmes proportions, dans tous les ports de l'Empire Ottoman. Le rapport de M. Bartoletti sur la marche du Choléra en 1865 ne laisse aucun doute à cet égard. Nous ajoutons qu'il en a été de même partout où sont arrivées des provenances d'Alexandrie. Il en a été particulièrement ainsi à Marseille où à peine quelques cas de choléra ont été notés à bord de quelques-uns des navires qui amenèrent, dans un très court espace de temps, un si grand nombre de fuyards dans cette ville.

Le même fait a été remarqué au début de la guerre de Crimée. Les navires qui amenèrent de Marseille les premières troupes infectées qui répandirent le choléra, ne comptèrent qu'un très petit nombre d'attaques pendant la traversée, malgré un encombrement énorme.

En 1832, au moment où le choléra sévissait en Angleterre, parmi les nombreux navires qui transportèrent 33,000 passagers à Quebec, il n'y en eut que deux, le *Carrick* et le *Royalist*, qui présentèrent des cas de choléra pendant la traversée.

C'est donc un fait général que les navires provenant d'une localité infectée, et ayant à bord des individus ayant séjourné dans cette localité, ne sont souvent le théâtre d'aucune manifestation cholérique, et que si la maladie y éclate elle n'y prend d'ordinaire que peu d'extension, même en cas d'encombrement. Il est en outre constaté que ce sont les navires partis pendant la période croissante d'une épidémie qui présentent le plus de malades.

Il y aurait eu l'année dernière une exception à cette règle, si l'on en croyait des renseignements venus d'Egypte. Les capitaines des navires qui transportèrent les pèlerins de Djeddah à Suez déclarèrent en arrivant qu'ils n'avaient pas eu de choléra pendant la traversée : or cette déclaration a été reconnue fausse; mais on va plus loin et l'on affirme qu'un de ces navires, le *Sidney*, qui portait 2,000 pèlerins, en aurait perdu plus de 100 durant sa traversée (1). Ce n'est là qu'une simple supposition qui n'a

---

30 juin, 2 cas dont 1 mort ; *Mirra*, 2 juillet, 1 mort ; *Charkié*, 7 juillet, 1 cas ; *Minia*, 8 juillet, 2 morts ; *Djaférich* 5 cas débarqués les 14 et le 15 ; *Tamise*, 22 juillet, 2 cas ; *Eiling* navire à voiles, 22 juillet, 1 mort. Les autres navires complétant les 16 malades débarqués ne sont pas mentionnés.

(1) Le capitaine du *Sidney*, interrogé récemment à Djeddah, vient de déclarer que l'année dernière il avait jeté à la mer seulement 8 morts de choléra dans sa traversée jusqu'à Suez.

pas été contrôlée. N'est-il pas permis de croire qu'il y a eu dissimulation d'une part et exagération de l'autre? Quoi qu'il en soit, ce ne serait qu'une exception très-explicable ; d'ailleurs la Commission ne prétend pas qu'il n'y ait pas d'exceptions à la règle posée plus haut. On pourrait en citer un certain nombre, susceptibles de diverses interprétations ; mais qui n'infirment en rien la règle générale (1).

Quant aux navires ayant à bord une agglomération entièrement vierge de toute influence cholérique, si la maladie vient à s'y manifester, il est de règle qu'elle y prenne un développement rapide, que l'épidémie s'y montre plus meurtrière que sur les précédents et parcoure toutes ses phases dans un temps court et jusqu'à un certain point proportionné à la concentration des individus.

L'histoire de l'épidémie de choléra qui sévit à bord de la flotte française dans la mer Noire, en 1854, offre un exemple remarquable à l'appui de cette proposition. Cette épidémie, dont une excellente relation est dûe à M. le Dr Marroin, médecin en chef de la flotte (*Paris* 1861), nous montre le choléra faisant son entrée dans la mer Noire, les 13 et 14 juillet, avec le *Primauguet* et le *Magellan* partis de Gallipoli. L'importation eut lieu d'abord à Varna d'où la maladie s'étendit à l'armée de terre. Jusqu'au 22 juillet, à part les deux navires en question, la flotte, en grande partie mouillée à Baltchick, resta indemne ; mais à dater de ce jour des cholérines et quelques attaques rares commencèrent à se manifester sur plusieurs vaisseaux. Il en fut ainsi jusqu'au 7 août, jour où la Division Bosquet, en proie au choléra, vint camper à Baltchick. Des communications fréquentes et obligées s'établirent entre elle et l'escadre. Deux jours après le choléra éclatait avec une violence extrême sur les vaisseaux. Il faut ajouter (car en pareil cas on doit tout dire, au risque de fournir des armes à l'opinion que l'on n'admet pas) que deux vaisseaux le *Friedland*

(1) La plus remarquable, peut-être, de ces exceptions serait celle de deux navires à voiles, *North-Wind* et *Persia*, qui, partis de Singapore, en décembre 1864 pour Djeddah, perdirent de choléra, dans leur traversée, l'un 50 hommes sur 632 et l'autre 93 sur 550 personnes présentes à bord. Mais la question en litige est précisément de savoir si le choléra avait éclaté à bord de ces navires dans la traversée de Singapore à Mokalla, auquel cas ils auraient importé le choléra dans cette dernière localité ; ou bien au contraire s'ils n'auraient pas contracté cette maladie pendant leur relâche à Mokalla. Dans cette dernière supposition ces navires rentreraient dans la catégorie de ceux qui n'ont pas encore subi l'influence cholérique et n'auraient rien présenté que de très ordinaire.

et le *Jean-Bart*, revenant d'une croisière sur les côtes de Crimée, avaient eu chacun un cas de choléra à bord avant toute communication avec la terre et avec l'escadre. Ce fait on l'interprétera comme on pourra ; revenons aux vaisseaux mouillés à Baltchik.

A dater du 9 août l'épidémie y prit de grandes proportions: en 3 jours elle avait atteint son maximum d'intensité et au bout de 10 jours elle était terminée. Dans cet espace de temps les 5 vaisseaux les plus maltraités avaient perdu ensemble 456 hommes de choléra ; et en 8 jours la flotte entière, sur un effectif de 13 mille marins, comptait 800 morts. A partir de ce moment jusqu'à la fin de la guerre, il n'y eut plus à bord de la flotte française que des cas isolés de choléra et de petites recrudescences passagères, remarquées principalement sur les navires qui transportaient des troupes non encore acclimatées.

Que l'on prenne la peine de consulter tous les faits connus, et l'on verra que toutes ou presque toutes les épidémies très-meurtrières de choléra à bord de navires ont été observées sur ceux qui transportaient un grand nombre d'hommes n'ayant pas encore, avant leur embarquement, subi l'influence d'un milieu cholérique.

Mais de la distinction que nous venons d'établir d'après l'expérience, il ne faudrait pas conclure que ces navires partis d'un lieu infecté et qui ont accompli leur voyage sans accidents, ou avec quelques cas de choléra plus ou moins bien caractérisés, que ces navires qui se présentent ainsi avec une innocuité apparente soient exempts du danger d'importation : non, ce serait une erreur dangereuse. On a pu croire pendant longtemps, avec apparence de raison, qu'il en était ainsi ; mais les faits observés l'année dernière ne le permettent plus.

La grande majorité des navires partis d'Alexandrie n'ont pas eu de choléra à bord pendant leur traversée. N'en ont-ils pas moins propagé la maladie, même en l'absence de tout accident cholérique constaté à bord ? Comment, dans ce dernier cas, l'ont-ils propagée? nous ne saurions le dire avec précision ; mais il est certain qu'ils l'ont propagée, par la raison *décisive* que le choléra ne s'est manifesté que *là* où ils ont abordé.

Ici se présente la question soulevée par le développement de l'épidémie terrible de choléra qui sévit l'année dernière à la Guadeloupe. De deux choses l'une : ou le choléra s'est développé spontanément dans cette île, et ce serait un fait jusqu'ici sans exemple en dehors de l'Inde ; où le choléra

y a été importé ; mais alors comment ? Serait-ce par les vents à travers l'Atlantique, quand nous savons que le choléra ne franchit même pas un désert beaucoup moins large ? ne serait-ce pas plutôt par un navire ? Et alors quel est ce navire ? Est-ce, comme on l'a prétendu tout d'abord, la *Virginie*, partie de Marseille le 3 septembre (c'est-à-dire pendant l'épidémie) et arrivée à la Pointe-à-Pître le 9 octobre après 36 jours de traversée, sans avoir présenté, assure-t-on, trace de choléra à bord ? notons que le choléra n'a éclaté à la Guadaloupe que le 22 ou le 25 octobre à l'époque où l'on déchargeait ledit navire. Ou bien serait ce, comme on l'a affirmé depuis, par le navire *Sainte-Marie* que l'importation aurait eu lieu ? Ce dernier avait quitté Bordeaux le 15 septembre, en patente nette et alors qu'il n'y avait pas de choléra dans cette ville. Mais la version qui lui attribue l'importation avait admis que des matelots venus de Marseille auraient été embarqués sur ce navire et que deux hommes y étaient morts de choléra à bord dans sa traversée de Bordeaux à la Pointe-à-Pître, où il arriva le 20 octobre, et que la maladie aurait été communiquée d'abord à deux blanchisseuses qui avaient lavé le linge sale de l'équipage dudit navire. Or, des renseignements officiels nous ont appris que les deux matelots en question n'arrivaient pas de Marseille et qu'il n'y a pas eu de choléra à bord de ce navire. Cette version perd donc toute valeur.

Reste la première supposition dans laquelle la maladie aurait été importée, après une longue traversée, par un navire venant d'un lieu infecté, mais n'ayant eu aucun accident cholérique à bord. Quelle que soit l'exactitude de cette version, sur la valeur de laquelle la Commission n'est pas en mesure de se prononcer, il n'en résulte pas moins, *et c'est là le fait capital*, que le choléra n'a éclaté à la Guadeloupe qu'après l'arrivée d'une provenance d'un pays atteint de choléra. La circonstance que des provenances analogues arrivées ailleurs n'ont pas été suivies du même résultat ne prouve rien contre l'importation dans ce cas ; elles prouvent seulement ou que l'analogie n'était pas complète, ou que les conditions favorables à la transmission ne s'y sont pas rencontrées.

En résumé, *la Commission répond que l'intensité des épidémies de choléra à bord des navires encombrés d'hommes est, en général, proportionnée à l'encombrement et est d'autant plus violente, toutes choses égales d'ailleurs, que ces hommes ne sortent pas d'un foyer cholérique où ils ont séjourné ; que sur les navires encombrés la marche des épidémies de choléra est d'ordinaire rapide ; enfin la Com-*

mission ajoute que le danger d'importation par les navires et celui de donner lieu à une épidémie grave ne sont pas entièrement subordonnés à l'intensité, ni même à l'existence des accidents cholériques constatés à bord pendant la traversée.

(Adopté à l'unanimité, moins M. Monlau qui s'est abstenu).

XXII

Quelle influence les agglomérations, dans les lazarets, d'individus provenant d'un foyer cholérique exercent-elles sur le développement du choléra parmi les quarantenaires et en dehors du lieu affecté à la contumace ?

La question de l'influence, sur les quarantenaires sortant d'un foyer cholérique, de l'agglomération dans un lazaret est des plus intéressantes à étudier ; elle répond à une crainte souvent exprimée sur le danger de voir le choléra faire de grands ravages parmi les personnes mises en quarantaine. Nous pouvons répondre de suite que cette crainte n'est aucunement justifiée par les faits. Il se passe dans les lazarets exactement ce qui arrive à bord d'un navire, c'est-à-dire que quand les individus, qui s'y trouvent réunis, ont subi, avant d'y entrer, l'influence cholérique, ils sont en possession d'une sorte d'immunité dont les mauvais effets de l'accumulation ne triomphent pas dans l'immense majorité des cas. Voici les faits qui le prouvent. Ils sont extraits du travail de M. le Dr Bartoletti sur la marche du choléra en 1865.

Lors de la dernière épidémie cholérique, la plupart des lazarets ottomans furent encombrés par la masse de fuyards qui se sauvaient des lieux atteints de choléra. Nous n'avons pu obtenir des relevés suffisamment exacts que pour 11 de ces lazarets : mais ce sont les plus importants ; et les résultats qu'ils donnent sont d'autant plus significatifs que tous ces lazarets ont offert des cas de choléra parmi les quarantenaires. Dans plusieurs l'encombrement a été porté à un très-haut degré, principalement à Salonique, aux Dardanelles, à Beyrouth, à Trébizonde. Ces 11 lazarets ont reçu ensemble 25,819 quarantenaires, parmi lesquels il y a eu 480 attaques de choléra dont 238 ont été suivies de mort. Ce qui, en ne tenant compte que des décès, ne donnerait qu'une proportion inférieure à 1 p. %. Il faut ajouter que beaucoup des attaques ne se sont pas développées

dans les lazarets, mais que les individus atteints ont été débarqués déjà malades. Ainsi pour 9 lazarets où la distinction a été établie nous trouvons que sur 185 malades ayant fourni 101 décès, 67 avaient été débarqués à l'état cholérique ; ce qui réduit singulièrement, comme on le voit, le nombre des cas qu'on serait tenté d'attribuer à l'agglomération dans les lazarets.

Le tableau suivant, dressé d'après les relevés faits par M. le Dr Bartoletti, vient à l'appui de notre dire :

TABLEAU indiquant le nombre des quarantenaires admis dans les principaux lazarets Ottomans pendant l'épidémie de 1865, *avec le nombre des cas de choléra et celui des décès qui y ont été observés.*

LAZARETS.	NOMBRE DES QUARANTENAIRES	ATTAQUES DÉVELOPPÉES AVANT L'ENTRÉE AU LAZARET.	ATTAQUES DÉVELOPPÉES DANS LES LAZARETS.	NOMBRE TOTAL DES ATTAQUES.	NOMBRE DES DÉCÈS DANS LES LAZARETS.
Dardanelles. . .	2268	16	6	22	15
Smyrne	1701	0	14	14	9
Salonique . . .	4257	?	?	265	122
Volo	2265	5	57	62	23
Beyrouth. . . .	3200	?	?	30	15
Chypre	1199	19	3	22	7
Crète	778	3	11	14	10
Benghazi. . . .	812	0	1	1	1
Trébizonde . . .	5073	1	20	21	19
Samsoun. . . .	3170	18	6	24	12
Bourgas	1096	5	0	5	5
TOTAUX :	25819	67	118	480	238

On remarquera dans ce tableau, auquel il ne faut pas d'ailleurs demander une exactitude bien rigoureuse, mais seulement un simple aperçu,

que le nombre des attaques développées dans ces lazarets, et celui des décès, ne sont pas toujours proportionnés au chiffre des quarantenaires ; qu'à Benghazi, par exemple, il n'y a eu qu'un seul cas pour 812 contumaces, tandis qu'à Volo il y en a eu 57 pour 2265, de sorte qu'il est impossible d'en rien conclure quant à l'influence de l'encombrement sur la proportion des attaques. Il aurait fallu, pour cela, des détails, qui malheureusement manquent, sur les conditions des quarantenaires dans chaque lazaret. Ces détails n'ont pas été donnés, pour la plupart, malgré une circulaire expresse de l'administration ottomane à ce sujet.

L'office des Dardanelles, seul, a fourni sur ce point presque tous les renseignements désirables. Nous y voyons qu'il y eut jusqu'à 900 quarantenaires enfermés à la fois dans le lazaret : ce qui constitue un encombrement considérable, eu égard à la capacité de l'établissement. Dans cet état de choses qui ne permettait pas d'isoler convenablement les unes des autres les différentes catégories de contumaces, il n'y eut cependant, sur 2268 quarantenaires, du 29 juin jusque dans les premiers jours d'août, que 6 attaques de choléra développées dans le lazaret. Néanmoins, comme il sera dit plus bas, la maladie se propagea de cet établissement à la ville et y fit de cruels ravages.

Il eût été fort intéressant de savoir comment les choses se sont passées à Salonique où dans un très-court espace de temps, du milieu de juillet au milieu d'août, arrivèrent une masse de fuyards de Constantinople. Le lazaret, voisin de la ville, fut tellement encombré, que la population alarmée exigea l'éloignement de plusieurs arrivages, qui se dirigèrent en partie sur Volo, et obligea, en outre, l'autorité locale à établir un nouveau lazaret à grande distance de la ville. Mais combien de cholériques furent débarqués au premier lazaret (car c'est là qu'eurent lieu presque tous les accidents) ? combien d'attaques se produisirent dans l'établissement ? voilà ce que les documents ne disent pas. Nous savons seulement qu'au nombre des morts furent 9 personnes attachées au service du lazaret, chiffre énorme par rapport à celui des quarantenaires.

Quoiqu'il en soit, il ne résulte pas moins du tableau précédent, et c'est tout ce que nous prétendons en induire, que le choléra n'a pris qu'un très faible développement, parmi les quarantenaires, dans les lazarets ottomans, bien que dans la plupart l'agglomération des contumaces ait été considérable.

Il s'agit de voir maintenant ce qui arriva dans les localités plus ou moins voisines de ces lazarets.

Aux Dardanelles, à Smyrne, à Chypre, à Beyrouth, à Trébizonde, à Kustendjé, à Sulina, le choléra s'est propagé du lazaret à la ville voisine ou du moins il s'y est développé consécutivement à l'admission de cholériques dans l'établissement quarantenaire. Il serait ici du plus grand intérêt de pouvoir dire précisément de quelle manière les choses se sont passées dans chacune des localités précitées ; mais le défaut de renseignements positifs ne le permet pas. On conçoit d'ailleurs combien d'intérêts s'opposent à ce que, dans la plupart de ces cas, la vérité soit connue. Cependant à Smyrne, à Larnaca (Chypre), surtout aux Dardanelles, il a été possible de suivre l'enchaînement des faits et d'établir comment la maladie a passé du lazaret dans la ville.

Voici comment les choses se sont passées aux Dardanelles: depuis le commencement de juillet il y avait eu plusieurs cas de choléra admis ou développés dans le lazaret, lorsque, le 12, un soldat de garde à la porte de l'établissement est atteint de la maladie ; il est transporté à l'hôpital voisin où il succombe rapidement. Le lendemain 8 cas de choléra sont constatés, savoir : 2 parmi les soldats de garde à la porte du lazaret, 3 parmi la garnison du fort touchant à l'établissement, 1 dans la ville — distante d'une heure de marche par terre, mais beaucoup plus rapprochée par mer — sur la personne d'un garde de santé sorti depuis deux jours du lazaret, 1 dans un autre quartier de la ville sur un individu qui allait chaque jour au lazaret y vendre des gâteaux, et enfin 1 sur la personne d'un batelier de l'Office de Santé. Tel fut le point de départ de l'épidémie qui se développa ensuite dans la ville et y fit beaucoup de mal, ainsi qu'on pourra le voir par les chiffres suivants. Sur une population de 8000 âmes réduite rapidement à 6000 par l'émigration, il y eut du 12 juillet au 2 septembre, 344 décès cholériques, non compris 25 morts parmi la garnison des forts, soit près de 6 pour % de la population.

Ainsi, dans ce cas, le mode de propagation n'est pas douteux ; et il est à noter que tandis que les 2268 quarantenaires ne comptaient que 6 attaques développées au lazaret, la ville était au contraire cruellement éprouvée. N'y doit-on pas voir la preuve que les quarantenaires jouissaient relativement d'une sorte d'immunité acquise ?

A Smyrne, la propagation du lazaret à la ville est moins évidente. Du

23 juin date l'arrivée du premier navire venant d'Alexandrie avec patente brute et ayant débarqué au lazaret un cas de choléra. Mais il faut dire qu'avant cet arrivage, il y en avait eu d'autres partis également d'Alexandrie après l'apparition du choléra dans cette ville, et qui avaient été admis de suite en libre pratique, conformément au règlement, n'ayant rien eu de suspect à bord et ayant accompli cinq jours de traversée depuis le départ. Quoiqu'il en soit, le premier cas de choléra observé dans la ville de Smyrne eut lieu le 24 juin sur la personne d'une femme arménienne ; puis les attaques se succédèrent, rares d'abord jusqu'au 11 juillet, et assez nombreuses ensuite pour amener au plus fort de l'épidémie, du 30 juillet au 7 août, une mortalité de 80 personnes par jour.

On ne peut donc pas affirmer qu'à Smyrne le choléra se soit propagé du lazaret à la ville, bien que cet établissement y soit contigu ; mais il n'en est pas moins remarquable que les quarantenaires y ont beaucoup moins souffert du choléra, toute proportion gardée, que les habitants. Ainsi on estime que la mortalité en ville a été de 2,500 environ pour une population réduite à 100 mille, soit 1 sur 40 ; tandis que parmi les 1701 quarantenaires elle n'a été que de 9 — soit 1 sur 189.

Tout ce que nous savons de Larnaca, c'est que le lazaret y est très voisin de la ville, et que, du 24 juin au 18 juillet, 1199 quarantenaires y furent admis, parmi lesquels 19 avant et 3 après leur entrée furent atteints de choléra. Le 7 juillet eut lieu la première attaque en ville sur un cafetier qui avait logé plusieurs personnes à leur sortie de la quarantaine. De là la maladie s'étendit dans la ville et successivement dans toute l'île.

De Beyrouth, les renseignements que nous avons portent que du 17 juin au 25 juillet 3,200 personnes provenant d'Alexandrie ont été assujéties à une quarantaine de 5 à 10 jours, soit dans le lazaret — établissement bien aéré mais trop petit pour tant de monde, — soit dans des maisons isolées sur la plage de l'autre côté de la ville. L'encombrement néanmoins fut très considérable et il arriva un moment où les qurantenaires, ne pouvant plus être contenus, violèrent ouvertement la contumace. Mais le choléra existait déjà dans la ville. Le premier cas y avait été constaté le 1^{r} juillet sur un nommé Farrah qui n'avait eu aucune relation apparente avec le lazaret où existaient des cholériques. Le deuxième cas en ville fut constaté le 3 juillet, sur la personne de l'abbé Viale,

secrétaire du patriarche de Jérusalem, le jour même de sa sortie du lazaret où il venait d'accomplir dix jours de quarantaine. Il mourut en quelques heures. Malgré ce fait, il n'est pas possible d'établir une relation certaine entre le lazaret et les premières attaques dans la ville. L'épidémie qui suivit ne fut pas très grave à Beyrouth, puisque dans l'espace de trois mois, sur une population réduite à 50 mille âmes par l'émigration, elle n'occasionna que 593 décès, soit 1 sur 83 habitants ; mais encore ici la proportion est-elle beaucoup plus forte que pour les quarantenaires.

Pour Trébizonde, les documents ne permettent pas de conclure. Le choléra, du reste, ne prit qu'un très faible développement dans cette ville qui, l'année précédente, avait tant souffert du typhus.

A Sulina, le choléra fut très meurtrier et il y en avait eu 2 cas parmi les quarantenaires enfermés dans le lazaret, lorsque la maladie éclata en ville. C'est tout ce que l'on peut déduire des renseignement donnés.

En résumé, pour les Dardanelles la propagation du choléra du lazaret à la ville est incontestable ; elle est très probable pour Larnaca, et elle est douteuse pour les autres endroits susmentionnés.

Parmi les localités comprises dans le tableau, six ont été épargnées par le choléra et deux d'entre elles, Salonique et Volo, méritent une mention spéciale.

A Salonique où, comme on l'a vu, affluèrent les fuyards, se présentèrent en effet des circonstances très favorables à la propagation de la maladie, savoir : encombrement considérable (jusqu'à 1,300 quarantenaires à la fois) dans le lazaret situé à proximité de la ville, grand nombre de cholériques (265) dans l'établissement. Il est vrai qu'on nous dit que les cholériques furent soigneusement isolés des autres quarantenaires (on peut facilement imaginer ce que devait être un tel isolement) et que plus tard le lazaret fut transféré à grande distance de la ville ; mais il n'en est pas moins certain que presque tous les accidents de choléra eurent lieu dans le premier lazaret et que, malgré la séquestration, les attaques cholériques furent plus nombreuses à Salonique que partout ailleurs. Il y a même quelque chose à ajouter : un individu sorti de contumace après avoir subi 14 jours de quarantaine, aurait, d'après une version digne de foi, été pris 4 jours plus tard de choléra dans la ville. Cette attaque suivie de mort aurait été suivie de deux autres cas dont 1 mortel dans la même maison mise immédiatement en quarantaine. Quoi qu'il en soit, Salonique fut

épargnée. Quelle que soit l'explication qu'on en donne le fait mérite d'être consigné. Cependant plusieurs villages voisins de Salonique où s'étaient rendues des personnes sorties du lazaret n'ont pas eu tant de bonheur que la vilie ; le choléra s'y manifesta avec une assez grande intensité.

Volo reçut en quelque sorte le trop-plein des quarantenaires destinés à Salonique : 1,649 des 2255 passagers qui se trouvaient à bord des navires y furent débarqués sur un îlot désert et installés sous des tentes, 62 attaques dont 23 mortelles eurent lieu parmi ces quarantenaires du 26 juillet au 10 août. La ville fut préservée ; bien que l'écrivain de l'office de Santé eût été atteint et eût succombé hors du lazaret et que le médecin de cet établissement, attaqué lui-même, se fût réfugié en ville ; mais la maladie se manifesta dans plusieurs villages distants de 5 à 10 milles de Volo où, 42 jours après le dernier cas observé dans le lazaret, une attaque fut constatée sur un individu venant d'un de ces villages. Ainsi, malgré certaines contraventions l'épidémie a respecté la ville de Volo.

Nous complétons ces renseignements par quelques détails sur Rhodes et la Crète.

Rhodes ne reçut pas moins de 2,618 quarantenaires dans l'espace de deux mois à partir du 19 juin. Vu l'étroitesse du lazaret, ils furent installés pour la plupart sous des tentes dans de bonnes conditions. Le 20 juin un quarantenaire débarqué la veille d'un bateau égyptien venant d'Alexandrie et qui n'avait pas de cholériques à bord, tomba malade de choléra et mourut le même jour. Les autres passagers de ce convoi, au nombre de 86 furent transférés ailleurs sous des tentes et accomplirent 10 jours de quarantaine sans aucun accident. Ce fut le seul cas de choléra observé à Rhodes parmi les contumaces. L'île fut entièrement épargnée.

L'île de Crète, dans l'espace de deux mois environ, reçut 972 contumaces, (sans compter les équipages) parmi lesquels 184 restèrent à bord et 788 purgèrent leur quarantaine sur trois îlots du golfe de la Sude où l'on avait disposé des tentes et des baraques. La surveillance fut très-sévère ; toute communication entre un îlot et l'autre fut interdite. La quarantaine était de 10 jours, et, en cas de choléra, elle était prolongée de 10 autres jours après l'accident. Deux navires partis d'Alexandrie y amenèrent des cholériques. L'un, arrivé le 28 juin, avait eu deux cas mortels dans le port. Les passagers débarqués, au nombre de 250, eurent pendant leur quarantaine 8 attaques et 4 décès, auxquels il faut ajouter celui d'un garde

de santé. L'autre navire, brick ottoman, arriva le 27 juillet ayant 58 passagers, la plupart ouvriers venant de Suez. Il avait eu 5 malades pendant sa traversée. Un seul de ces malades fut débarqué au lazaret. Dans ce groupe, du 7 août au 3 septembre, il y eut 5 décès cholériques. Ce qu'il y a de plus remarquable à noter, c'est que non seulement le choléra ne pénêtra pas dans l'île de Crète ; mais encore qu'il n'y eut aucun accident parmi les quarantenaires autres que ceux des deux groupes dont il vient d'être parlé et qui, il est vrai, avaient été mis à l'écart sur deux îlots différents.

Nous ne pousserons pas plus loin ces citations. Il convient seulement d'ajouter que la durée de la contumace dans les lazarets ottomans ne fut pas toujours la même ; que dans les premiers temps elle était de 5 à 10 jours, conformément au règlement, selon que le navire avait eu ou non des cas de choléra pendant sa traversée et que bientôt elle fut portée généralement à 10 jours pleins dans tous les cas, et même étendue davantage dans certaines localités. Ce n'est pas le moment d'insister sur la valeur qu'on doit attacher à cette durée.

De tout ce qui précède la Commission conclut *que l'agglomération d'individus provenant d'un lieu où règne le choléra, dans un lazaret, n'a pas pour effet de produire parmi les quarantenaires une grande extension de la maladie , mais qu'une telle agglomération n'en est pas moins très dangereuse pour le voisinage, en ce qu'elle est propre à y favoriser la propagation du choléra.*

(Adopté à l'unanimité moins M. Monlau).

XXIII

Quelle influence les grandes agglomérations d'hommes, — les armées, les foires, les pèlerinages, — exercent-elles sur le développement et la propagation des épidémies de choléra ?

La remarque faite à propos des navires est applicable à toutes les grandes agglomérations d'hommes avec des particularités en rapport avec les conditions diverses de celles-ci.

Quand le choléra pénêtre dans un corps de troupes, dans un armée concentrée, jusqu'alors vierge de toute influence cholérique, il s'y développe

rapidement et y fait des ravages en rapport avec les conditions hygiéniques et morales de cette armée, et l'épidémie y parcourt, quoique moins vite qu'à bord d'un navire, toutes ses phases dans un temps assez court. Elle s'y éteint même promptement à moins que de nouveaux venus, des troupes encore indemnes ne viennent s'y joindre et y entretenir la maladie en produisant des recrudescences. Dans ce cas les anciens souffrent dans une proportion beaucoup moindre que les nouveaux, par suite d'une immunité relative acquise. De nombreux exemples pourraient être produits à l'appui de ces propositions. Nous nous contenterons de citer ce qui fut observé dans l'armée française pendant la guerre de Crimée.

La première invasion du choléra dans l'armée, à Gallipoli et à Varna, fut terrible ; mais ce fut en quelque sorte un ouragan qui après un mois ne laissait plus que quelques traces çà et là. La maladie, toutefois, ne disparut jamais complètement jusque vers la fin de la guerre, et elle présenta de temps à autre des recrudescences qui correspondaient toujours avec l'arrivée de troupes fraîches. Celles-ci payaient alors un tribut plus ou moins large ; un petit nombre des anciens, parmi les malingres, étaient frappés et la maladie s'assoupissait.

Un exemple très remarquable fera voir comment des troupes fraîches peuvent ranimer une épidémie qu'on pouvait croire éteinte. Au commencement d'avril 1855 arrivèrent de France à Constantinople de 15 à 20 mille hommes de troupes composées en partie de Garde Impériale. Ces troupes n'avaient pas eu un seul cas de choléra pendant leur traversée. Elles furent campées sur les hauteurs de Maslak, endroit parfaitement bien choisi au point de vue hygiénique. A ce moment on ne constatait plus dans la ville de Constantinople que des cas très-rares de choléra. Les relevés des hôpitaux militaires français ne donnaient que 53 cas de choléra pour le mois de mars. Le relevé du 10 avril n'en signalait aucun. En Crimée les cas étaient également rares à cette époque. Les troupes en question étaient à peine installées à Maslak que, dans la nuit du 14 au 15 avril, le choléra éclata parmi elles. Il faut dire que depuis quelques jours les cas de diarrhée étaient devenus nombreux dans le camp. Il s'en suivit une épidémie assez grave qui déclina rapidement, mais qui accompagna ces troupes en Crimée où elles arrivèrent dans le commencement de juin, et où leur arrivée fut marquée par une recrudescence cholérique sérieuse. Il faut ajouter encore que du camp de Maslak la maladie s'étendit à Péra

et aux villages du Bosphore les plus rapprochés du foyer épidémique. *(Extrait de documents officiels.)*

Quant à la propagation du choléra par les armées ou des corps de troupes en mouvement, c'est un fait trop connu pour qu'il soit nécessaire d'y insister beaucoup. Il suffit de rappeler la guerre de Pologne, en 1831, qui fut la grande cause de la propagation rapide du choléra en Europe ; les circonstances de la guerre civile du Portugal en 1833 *(Gomès)* où le choléra fut transmis à la province des Algarves, et aux villes de Torrès-Vedras, Caldas, Leiria et Coïmbre par des mouvements de troupes. D'après les renseignements communiqués par M. le Dr Lenz, pendant l'épidémie de 1847 et 1848 en Russie, le choléra fut importé plusieurs fois dans des contrées intactes par des corps de troupes provenant d'une localité contaminée. Ainsi en 1847, la maladie fut transmise à Kisliar par une troupe de soldats venant de Témir-khan-Choury ; en 1848, dans le gouvernement de Smolensk, par deux régiments de hussards venant de Moscou, et communiquant le choléra non-seulement aux villes où ils avaient laissé leurs malades, mais même aux villages où ils avaient fait une seule halte de nuit. La même chose a été observée par les mouvements de troupes aux Indes. Dans les gouvernements de Nijni-Nowgorod, de Kostroma, de Jaroslaw et de Vladimir, toutes les autorités locales attribuèrent la rapide propagation du choléra, au printemps de 1848, dès l'ouverture de la navigation sur le Volga, aux masses d'hommes employés au halage des barques, et qui, atteints les premiers, se sauvèrent dans toutes les directions.

Relativement aux foires, elles ont, comme toutes les grandes agglomérations, pour effet, lorsque le choléra s'y manifeste, de créer de grands foyers d'infection, avec cette aggravation, par rapport aux armées qui au moins restent toujours plus ou moins compactes, que quand cette foule atteinte de choléra se disperse dans toutes les directions, elle tend à propager la maladie dans tous les sens. On peut citer, comme ayant produit ce résultat, la foire de Tuy qui, en 1855, propagea le choléra dans la province de Minho en Portugal *(Gomès)*, celle de Samara d'où le choléra fut propagé dans le gouvernement d'Orenbourg *(Lenz)*, les grandes foires de l'Inde et notamment celle de Hurdwar dont il a été question à propos des pèlerinages, enfin celle de Tantah en Egypte qui, en 1848, a beaucoup contribué à la propagation du choléra. Toutefois à propos de cette foire de Tantah, nous devons dire que cette année, ayant eu lieu peu de temps

après l'épidémie de choléra, elle n'a eu aucun résultat fâcheux sur la santé publique ; ce qui vient ainsi confirmer ce que nous avons avancé plus haut concernant l'immunité relative dont jouit une agglomération qui vient de subir l'épreuve d'une épidémie cholérique. *(Communication du Dr Salem bey)*

Enfin, pour ce qui concerne les pèlerinages, nous en avons parlé assez en détail, à propos du choléra dans l'Inde, pour que l'on puisse apprécier le rôle important de ces sortes d'agglomérations dans les épidémies de cette nature. Nous y reviendrons d'ailleurs un peu plus loin à l'occasion de celui de La Mecque.

Ainsi, les grandes agglomérations d'hommes contribuent beaucoup au développement rapide des épidémies de choléra ; elles constituent des foyers de renforcement cholérique, et, par leur dissémination, leur migration dans les localités encore indemnes, elles favorisent la propagation de la maladie ; car s'il suffit d'un seul cas de choléra importé dans une localité saine pour y développer une épidémie, comme cela a été prouvé par le fait d'Altenbourg, à plus forte raison ce développement sera-t-il rendu probable par l'arrivée de centaines d'individus contaminés.

La Commission conclut donc que les grandes agglomérations d'hommes (armées, foires, pèlerinages,) sont un des plus sûrs moyens de propagation du choléra ; qu'elles constituent de grands foyers épidémiques qui, soit qu'ils marchent à la manière d'une armée, soit qu'ils se disséminent comme les foires et les pèlerinages, importent la maladie dans les pays qu'ils traversent ; que ces agglomérations, après avoir subi, d'une manière ordinairement rapide, l'influence du choléra, y deviennent beaucoup moins sensibles et que celle-ci y disparaît même très-promptement, à moins que de nouveaux-arrivés ne viennent entretenir la maladie.

(Adopté à l'unanimité.)

XXIV

Quelle est l'influence de la dissémination sur l'intensité et le développement des épidémies de choléra ?

Ce qui vient d'être dit précédemment montre que la dissémination des foyers cholériques dans les localités saines est un moyen presque sûr de

propager la maladie, nous n'avons donc pas à y revenir ; mais d'un autre côté l'expérience prouve que la dissémination appliquée à une agglomération, où vient de pénétrer la choléra, est une mesure propre à atténuer la violence de l'épidémie, à diminuer le nombre des attaques dans cette masse, pourvu que la dissémination ne soit pas trop tardive et qu'elle ait lieu dès l'apparition de la maladie. La dissémination, en pareil cas, diminue les chances de propagation dans toute la masse attaquée ; mais il faut bien le reconnaître,le plus souvent, par suite des conditons dans lesquelles on l'opère, elle ne fait que retarder la marche de l'épidémie ; si bien que quand on arrive à comparer les résultats, on trouve que dans cette masse disséminée, où les individus sont plus ou moins séparés les uns des autres, mais toujours en communication, la mortalité a été à peu près la même que dans une masse compacte ; seulement elle s'est accomplie dans un temps plus long. Il est évident que, dans bien des cas, on a attribué à tort l'extinction rapide d'une épidémie, qui faisait de grands ravages dans une masse agglomérée, à l'effet de la dissémination de cette masse , tandis que cette extinction rapide n'était que la conséquence de l'évolution naturelle des épidémies cholériques en pareil cas.

Quoi qu'il en soit, la dissémination, faite en temps opportun, a donné des résultats favorables qu'on ne saurait nier, et n'eut-elle pour effet que d'améliorer les conditions hygiéniques des individus qu'elle ne saurait être trop recommandée.

Mais il doit être bien entendu que cette dissémination ne devrait jamais être opérée dans des localités indemnes où elle aurait pour résultat d'importer la maladie, en même temps qu'elle serait sans avantage pour les individus contaminés ; elle devrait au contraire rester renfermée dans la circonscription de la localité où s'est manifestée l'infection.

En conséquence, la Commission conclut que la dissémination d'une masse agglomérée, opérée en temps opportun, peut rendre moins violente une épidémie de choléra qui vient d'y apparaître et même en arrêter l'extension ; mais que cette dissémination ferait naître au contraire un grand danger de propagation, si elle était accomplie au sein de localités encore indemnes.

(Adopté à l'unanimité).

XXV

Quel est le rôle qui revient au pèlerinage de La Mecque dans les épidémies cholériques qui se sont succédé jusqu'à nos jours ?

Le rôle du pèlerinage de La Mecque, en tant qu'agglomération d'hommes, a déjà été suffisamment indiqué: comme tous les pèlerinages celui ci est constitué par une réunion d'individus nouveaux venant de pays très divers et par conséquent, pour le plus grand nombre, vierges de l'influence cholérique au moment de leur arrivée dans le Hedjaz. Cette dernière circonstance fait que si le choléra vient à se manifester dans cette masse, d'ordinaire il s'en suit rapidement une épidémie violente, (1) et d'autant plus pernicieuse que cette agglomération d'hommes se trouve dans les conditions hygiéniques et climatériques les plus fâcheuses. Le renouvellement chaque année des individus agglomérés à La Mecque, d'une part, et de l'autre l'arrivée habituelle de pèlerins venant de pays contaminés, rendent compte de la fréquence des épidémies qui s'y sont succédé depuis 1831. La dispersion des pèlerins, une fois l'épidémie développée, constitue un danger de propagation d'autant plus grand qu'elle s'opère plus rapidement et qu'elle a lieu pendant la saison chaude. C'est ainsi que l'année dernière, comme on l'a vu, la dispersion rapide des pèlerins transportés par des navires à vapeur a eu pour résultat la propagation rapide du choléra en Egypte d'abord et ensuite sa dissémination dans le bassin de la Méditerranée. Mais, d'un autre côté, ainsi qu'il a été dit plus haut, la dissémination des pèlerins et leur voyage en caravane à travers le désert, dans des contrées presque inhabitées, loin de favoriser la propagation de la maladie, est au contraire un des meilleurs moyens de l'éteindre.

Maintenant, quant au rôle du pèlerinage de La Mecque sur les épidémies de choléra qui se sont succédé particulièrement en Egypte, il est à noter que sur 5 épidémies qui ont désolé ce dernier pays depuis 1831, 2

---

(1) Cette proposition semblerait être contredite par le rapport du consul anglais à Djeddah qui, pendant les 6 années de son séjour dans cette ville, y a vu constamment des cas de choléra au moment du retour des pèlerins ; mais était-ce bien des cas de choléra dit asiatique ou de ces cas sporadiques qu'on observe ordinairement dans ces pays pendant la saison chaude?

seulement ont coïncidé avec le retour des pèlerins et alors que ce retour correspondait à la saison chaude : en 1831, juillet et en 1865, juin. De ces deux épidémies, la première, qui a commencé avec leur retour par mer, a probablement été importée par eux, bien que le fait n'ait pas été clairement démontré, mais la seconde très-certainement.

Ainsi donc, deux fois seulement, à 34 ans de distance, le choléra aurait été importé en Egypte par les pèlerins revenant par mer de La Mecque ; bien que dans cet intervalle la maladie ait sévi plusieurs fois à La Mecque au moment du pèlerinage ; mais à ce propos il convient de faire remarquer que le transport de pèlerins de Djeddah à Suez par des navires à vapeur ne remonte qu'à l'année 1858. Cette rareté n'est donc pas une garantie pour l'avenir.

En conclusion, *le rôle du pèlerinage de La Mecque, comme agent propagateur du choléra par rapport aux contrées voisines de l'Europe*, (les seules à l'égard desquelles nous ayons des renseignements positifs) *a été l'importation de cette maladie en Egypte, deux fois, à 34 ans d'intervalle, pendant la saison chaude*,

(Adopté à l'unanimité, moins M. Polak qui s'est abstenu).

De l'influence des conditions hygiéniques.

XXVI

Quelle est l'influence exercée sur la violence des épidémies cholériques par les conditions hygiéniques et autres d'une localité ; en d'autres termes, quelles sont les causes adjuvantes du choléra ?

Nous ne croyons pas nécessaire à l'objet de notre travail de nous étendre longuement ici sur toutes les conditions qui favorisent la plupart des maladies épidémiques ; nous insisterons seulement sur celles qui paraissent avoir une influence particulière sur le développement du choléra.

La *misère*, avec toutes ses conséquences débilitantes, relativement à la nourriture, au logement, à la malpropreté, à l'accumulation, etc., rend les individus plus aptes à subir l'influence du plus grand nombre des maladies épidémiques, mais d'aucune plus que du choléra. La prédilection avec laquelle cette maladie frappe les populations, ou la partie des populations

où règne la misère, est un fait trop connu pour qu'il soit besoin d'y insister. Après la misère, viennent les fatigues, les excès qui agissent dans le même sens, en épuisant l'organisme, et tous les états morbides qui diminuent la résistance vitale, particulièrement ceux qui portent sur les voies digestives.

Ce qui revient à dire, en somme, que le choléra atteint de préférence les individus débilités par une cause quelconque.

La Commission n'a pas cru devoir s'appesantir sur l'influence du régime alimentaire qui, en temps de choléra, agit de deux manières : soit par son insuffisance nutritive en débilitant l'organisme et le rendant plus apte à contracter la maladie, soit par ses qualités nuisibles pour les voiesdiges - tives, (telles sont toutes les substances reconnues indigestes et notamment les fruits verts, etc.,) et amenant des troubles qui favorisent l'explosion du choléra.

Nous n'avons pas à revenir sur ce que nous avons dit déjà de l'influence de l'accumulation : ajoutons seulement, que l'accumulation des individus, combinée avec la misère et tout ce qui s'en suit, constitue une condition des plus propres à augmenter la violence d'une épidémie cholérique.

Passons à des influences d'un autre ordre.

Température, climat.--Quoique le choléra n'ait été exclu par aucun climat, par aucune température, il est pourtant établi par l'observation qu'en général l'évolution plus ou moins rapide d'une épidémie cholérique et sa marche plus ou moins envahissante sont en rapport avec l'élévation de la température ; qu'ainsi la saison chaude accélère à la fois l'évolution et la marche de l'épidémie, tandis que l'hiver les retarde et parfois les arrête. C'est là une règle générale, remarquée dans tous les pays, que les recherches de Hirsch ont confirmée. Toutefois on a vu, par exception, un hiver rigoureux ne pas arrêter les ravages d'une épidémie cholérique, à Moscou et à Orenbourg, par exemple ; mais ne faut-il pas attribuer ces exceptions, dans les climats froids, à la manière d'y vivre pendant l'hiver. au mode de chauffage, au défaut de ventilation dans les habitations. Le seul exemple prouvant qu'un hiver très rigoureux ne met pas toujours obstacle à la marche envahissante d'une épidémie de choléra a été observé en Russie, de 1830 à 1831, pendant les événements de Pologne, et paraît devoir être attribué aux mouvements de grandes masses de troupes se rendant sur le théâtre de la guerre. *(Lenz).*

Air. — Nul doute qu'en général un air confiné, ou vicié par des exhalaisons de substances animales ou végétales en putréfaction, n'agisse en disposant l'organisme à contracter le choléra et par là ne contribue à rendre la maladie plus meurtrière ; mais dans le cas d'épidémie l'air confiné agit encore et surtout—ainsi qu'il sera exposé plus loin—comme véhicule du principe cholérique.

L'eau paraît, selon les observations faites principalement en Angleterre, par le Dr Snow, et en Allemagne, par le Dr Pettenkofer, contribuer, dans certaines circonstances, au développement du choléra dans une localité.

C'est lorsque cette eau est chargée de détritus organiques, comme celle des fleuves qui traversent les grandes villes, ou celle de puits qui reçoivent les infiltrations d'un sol poreux imprégné de matières en décomposition, ou qui sont en communication avec les égouts et même des fosses d'aisances. En temps d'épidémie de choléra, ces eaux, selon Snow, se chargeraient ainsi du principe morbifique et, servant aux usages domestiques, elles propageraient la maladie. Cette opinion s'appuie sur l'observation faite à Londres où, en 1848—49, la mortalité fut de 12,5 sur 1,000 des habitants qui faisaient usage de l'eau de la Tamise prise par la Compagnie de Lambeth dans l'intérieur de la ville, et où, en 1854, on ne compta plus que 3,7 morts sur 1,000 des personnes qui se servaient de l'eau prise, par la même Compagnie, en amont de la ville ; tandis que les quartiers qui continuaient à se servir de l'eau prise *intrà-muros* eurent encore 13 morts sur 1,000 habitants. *(Simon)*. M. Snow a cité aussi, comme fait caractéristique, la grande mortalité cholérique qui frappa exclusivement, dans *Broad Street*, les personnes qui firent usage de l'eau d'un certain puits qui recevait les infiltrations d'un égout. Cette eau transportée à certaine distance aurait, assure-t-on, communiqué le choléra à une personne qui en avait bu. Des faits analogues ont été notés ailleurs.

L'eau, dans ce cas, comme l'air précédemment, servirait de véhicule à l'introduction du principe morbifique dans l'organisme.

Mais c'est ailleurs que, selon la plupart des auteurs allemands et surtout selon M. Pettenkofer, qui a fait de cette question l'objet de recherches des plus intéressantes, c'est dans les fosses d'aisances, dans les égouts, dans le sol même qu'il faut voir les principaux réceptacles du principe du choléra. Bien que la Conférence n'ait pas à se livrer à des théories, la doctrine de M. Pettenkofer est tellement accréditée, elle se lie à des

faits si importants pour la prophylaxie, qu'il ne nous est pas permis de la laisser de côté. Elle repose sur cette proposition généralement admise que les déjections alvines des cholériques renferment, à un état quelconque, le principe propagateur de la maladie. Cette proposition, déjà formulée en 1849 par le Dr Pellarin *(Gazette Médicale de Paris)* qui insista même alors sur la nécessité de désinfecter les déjections des cholériques par le sulfate de fer, fut corroborée par les observations de Budd, publiées en 1854, et par celles de Snow ; puis, on peut le dire, définitivement mise hors de doute par les recherches du Dr Pettenkofer. Elle n'est que la déduction légitime des faits nombreux qui ont établi que les latrines, les fosses d'aisances, les égouts, les immondices, étaient les principaux réceptacles d'où s'exhalait le principe morbifique du choléra. Les faits sont trop connus pour qu'il soit nécessaire de les énumérer ici. Ces cloaques, par rapport à toute une population, auraient exactement le même rôle que nous avons été conduits à attribuer aux linges et aux effets souillés par les cholériques ; c'est-à-dire qu'étant les réceptacles en quelque sorte naturels des déjections alvines de ceux-ci, ils deviendraient les agents propagateurs de la maladie.

M. Pettenkofer va beaucoup plus loin : il considère comme démontré par ses observations que, dans une épidémie de choléra, le sol même de la localité où règne la maladie a une grande part à son développement par les émanations qui s'en échappent. C'est ainsi qu'il admet qu'un sol poreux, facilement perméable à l'eau et à l'air, et chargé de matières excrémentielles, (par conséquent surtout un sol d'alluvion, un sol palustre) en s'imprégnant de déjections cholériques, devient un réceptacle d'abord, puis, selon les circonstances, un foyer plus ou moins actif d'où le principe de la maladie se dégage. L'activité du dégagement cholérique dépendrait du niveau des eaux souterraines, et par suite serait en rapport avec certaines alternatives d'humidité plus ou moins grande de la couche superficielle du sol. Cette réceptivité du sol pour le principe du choléra expliquerait très bien la tenacité de la maladie dans certaines localités et même sa réapparition, en apparence spontanée, après une disparition plus ou moins complète. C'est dans l'Inde, et particulièrement dans les régions où le choléra est endémique, qu'il conviendrait de vérifier l'exactitude de la doctrine en question. Peut-être y trouverait-on l'explication de l'endémicité. C'est d'ailleurs un fait bien connu dans l'Inde, et dont on trouve des

exemples dans les auteurs, que le sol sur lequel vient de camper une troupe d'hommes (soldats ou autres,) atteints de choléra, peut transmettre la maladie. — *S. Rogers, reports on asiatic cholera, p.* 18 *London* 1848. — *Scot, report on cholera in Madras. London* 1849, *p.* 112. — *Dr W. C. Maclean, report of the Royal Commission on the sanitary state of the army in India (vol* 1, *page* 114, *London* 1863.*)*

Quoi qu'il en soit, que cette doctrine trouve ou non sa justification complète dans tous les faits, il paraît bien établi qu'un sol poreux, chargé de détritus, (1) tel que le décrit M. Pettenkofer, qu'un terrain d'alluvion, en un mot, favorise le développement des épidémies cholériques ; et quand même toutes les épidémies ne seraient pas explicables par cette circonstance, cela n'infirmerait pas la règle, mais prouverait seulement que d'autres conditions sont également favorables au développement du choléra.

Si toutes les conditions hygiéniques qui ont été exposées précédemment peuvent être considérées, en général, comme favorisant les épidémies de choléra, il y a néanmoins certains faits qui montrent que des conditions tout aussi fâcheuses en apparence n'ont pas eu un semblable résultat On a cité bien des cas où, dans une ville, des quartiers infects, qui semblaient devoir être la proie de l'épidémie, ont été particulièrement épargnés. Nous

(1) M. Pettenkofer explique d'une manière très-ingénieuse comment des conditions de sol tout opposées peuvent néanmoins se prêter à des dépôts particuliers de détritus analogues. Il explique aussi, par une théorie bien subtile où nous ne le suivrons pas, comment la pénétration dans le sol en question de matières cholériques ne serait pas indispensable pour que les exhalaisons de ce sol donnassent lieu à des combinaisons qui favoriseraient le développement du choléra. (▲)

(▲) *Note additionnelle.* La Conférence a jugé utile de consigner ici l'exposé complet de la doctrine de M. Pettenkofer tel qu'il a été présenté par M. le Dr Mühlig (séance du 28 juin, procès-verbal N° 21):

« . . Les recherches de Pettenkofer ne se rapportent pas à la qualité du sol considéré comme réceptacle du principe cholérique ; Pettenkofer avait établi, ce qui avait été avancé déjà par d'autres avant lui, que la qualité du sol d'une localité est, parmi les causes adjuvantes du choléra, la plus puissante; seulement il va beaucoup plus loin, en ce sens qu'il prétend qu'un sol possédant les qualités qu'il décrit est tellement essentiel au développement du choléra que le germe cholérique, importé dans une localité dont le sol offrirait des qualités opposées, serait d'une parfaite innocuité.

« Le sol favorable au développement du choléra doit être, selon Pettenkofer, poreux, facilement pénétrable à l'eau et à l'air, enfin chargé de matières organiques (surtout excrémentielles) et présentant de temps à autre un changement du niveau des eaux souterraines ; or, *l'instant* où les eaux souterraines se retirent, ou par conséquent une certaine sécheresse relative succède à une humidité insolite, serait, d'après lui, le moment le plus favorable au développement du choléra.

« Ainsi Pettenkofer conclut que deux éléments sont indispensables au développement du choléra : 1° l'importation du germe cholérique dans une localité ; 2° un sol particulièrement constitué. Ni le premier, ni le second de ces éléments ne suffit à lui seul, il faut l'action de tous les deux à la fois : le cholérique fournirait le germe, le sol certaines émanations qui, en se combinant, soit dans le milieu ambiant, soit dans l'organisme même, auraient pour effet l'infection cholérique....»

rapporterons un exemple de ce genre constaté l'année dernière à Constantinople : au moment où le choléra sévissait à l'arsenal, il y avait au bagne, situé dans l'enceinte de cet établissement, 700 galériens, parmi lesquels 500 sortaient chaque jour pour vaquer à des travaux. Or, le bagne est un véritable cloaque où sont accumulées les conditions hygiéniques les plus mauvaises Pendant le fort de l'épidémie tous les galériens furent épagnés, et ce fut seulement à l'époque où elle déclinait dans l'arsenal, qu'un gardien du bagne fût atteint. Bientôt après, 15 attaques eurent lieu parmi les 700 galériens et 7 seulement furent mortelles. D'un autre côté, les soldats et les marins de l'arsenal perdirent 1 homme sur 9 de choléra. N'est-il pas très-remarquable que quand ces derniers, placés dans des conditions hygiéniques relativement bonnes, donnaient une mortalité de 11 pour 0/0 de leur effectif, les galériens n'en offraient qu'une de 1 pour 0/0 ?

La Commission se borne à signaler ces faits qui montrent que tout n'est pas dit sur les causes adjuvantes du choléra.

En conclusion, *la Commission reconnaît que les conditions hygiéniques et autres qui en général prédisposent une population à contracter le choléra et par suite favorisent l'intensité des épidémies, sont : la misère avec toutes ses conséquences, l'accumulation des individus, l'état maladif de ceux-ci, la saison chaude, le défaut d'aérage, les exhalaisons d'un sol poreux imprégné de matières organiques, surtout si ces matières proviennent de déjections cholériques.*

En outre, la Commission opine que, comme il paraît démontré par l'expérience que les déjections des cholériques renferment le principe générateur du choléra, il est légitime d'admettre que les égouts, les lieux d'aisances et les eaux contaminées d'une ville peuvent devenir des agents de propagation de la maladie.

La Commission ajoute qu'il semble résulter de certains faits que le sol d'une localité, une fois imprégné de détritus cholériques, a pu conserver pendant un temps assez long la propriété de dégager le principe de la maladie et d'entretenir ainsi une épidémie, ou même de la régénérer alors qu'elle était éteinte.

(Adopté à l'unanimité moins M. Pélikan).

De l'immunité par rapport au choléra.

XXVII

Comment faut-il comprendre l'immunité par rapport au choléra ?

La commission ne croirait pas avoir rempli convenablement sa tâche si, après avoir prouvé la transmissibilité du choléra et indiqué, autant que

possible, les conditions qui favorisent sa propagation, elle ne tenait pas compte aussi de la résistance que certains pays, certaines localités et le plus grand nombre des individus opposent à son développement. C'est à cette résistance, d'ailleurs très-variable, que nous donnons le nom d'immunité. Celle-ci suppose que la localité qui en a joui a résisté à l'importation du choléra et que l'individu resté indemne a été exposé à contracter la maladie, comme l'est, par exemple, un médecin au milieu d'un foyer épidémique.

Il convient d'autant plus de tenir compte de cette immunité, qu'elle a été invoquée bien à tort, contre la transmissibilité du choléra, et que, d'un autre côté, elle conduit à des considérations importantes pour la prophylaxie.

Les médecins qui ont cru y voir la preuve que le choléra n'était pas transmissible ont oublié que la même immunité, la même résistance se rencontrait, plus ou moins, par rapport à toutes les maladies réputées le plus transmissibles, ou contagieuses, sans aucune exception. Il en est ainsi pour la peste, pour la fièvre jaune, pour la variole, pour la scarlatine, etc. S'il en était autrement, si toutes ces maladies étaient transmises par le seul fait qu'elles sont transmissibles et qu'on a été soumis à la contagion, il y a longtemps que l'espèce humaine aurait disparu de la surface du globe. Heureusement il n'en est point ainsi, et l'organisme bien équilibré oppose à toutes ces maladies une résistance efficace dans la grande majorité des cas. Le principe de toute maladie transmissible ne se régénère qu'à certaines conditions sans lesquelles il est stérile. De même il ne suffit pas d'une graine jetée au hasard sur le sol pour y reproduire la plante dont elle provient ; il faut qu'elle y rencontre toutes les conditions favorables à sa germination. Sans doute tous les principes morbifiques n'ont pas le même degré d'exigence, mais la nécessité d'un organisme favorable à l'évolution régénératrice d'un principe morbifique n'en est pas moins un point fondamental de la doctrine de la transmission des maladies.

Venons aux faits relatifs au choléra.

Il est d'observation que certaines contrées, certaines localités ont résisté complètement ou partiellement à l'importation du choléra, que cette maladie est venue s'y éteindre sans se propager. Parmi les contrées qui, en Europe, ont joui de cette immunité, on peut citer la Suisse alpine proprement dite (à part un certain nombre de cas en Argovie, en Thurgovie et

dans le Tessin en 1855) qui, assiégée en quelque sorte par la maladie, a résisté à son invasion. *(Marc d'Espine, archives gén. de méd.* 1857.) Il en a été de même pour un certain nombre de massifs montagneux. On connaît les intéressantes recherches de M. Fourcault 1849, celles de MM. Boubée et Vial, en 1853, sur l'influence de certaines conditions géologiques par rapport au choléra et notamment sur l'influence répulsive d'un sol granitique ; d'où la conclusion émise qu'un sol granitique était un obstacle au développement du choléra. Cette conclusion exprime un fait généralement vrai qui est cependant bien loin d'être sans exceptions. On peut en dire autant pour les altitudes : le choléra a été observé à des hauteurs considérables, cependant il est de fait que, dans un même pays, les régions hautes sont plus épargnées que les bas-fonds. M. le Dr Polak a communiqué à la Commission le fait intéressant que quand le choléra règne à Téhéran (3,500 pieds anglais au-dessus du niveau de la mer) la maladie se propage aux villages situés non loin de là, sur les pentes de l'Elbourz, jusqu'à une hauteur de 6,000 pieds, où elle ne se manifeste plus que par des cas isolés ; mais le choléra ne remonte pas plus haut. Pendant trois épidémies où lesdits villages étaient atteints, le roi de Perse ayant transporté son camp, composé de plus de 10 mille personnes, dans la vallée de Laar à la hauteur de 7500 pieds, au bas du pic volcanique de Demawend, le camp fut entièrement épargné, malgré des communications incessantes avec les localités infectées.

Mais venons aux faits plus importants de villes qui jusqu'ici ont résisté plus ou moins à l'influence cholérique.

Ces villes sont nombreuses en Europe ; mais celle qui, sous ce rapport, mérite d'être mentionnée, entre toutes, est la ville de Lyon. Cette ville de 400 mille âmes semble au premier aperçu réunir toutes les conditions propices à une épidémie de choléra. Située au confluent de deux fleuves, si, d'un côté, elle est bâtie sur un sol alpestre, de l'autre elle repose sur un terrain d'alluvion ; elle compte une agglomération considérable d'ouvriers ; les causes d'insalubrité et de misère n'y manquent pas ; de plus elle est placée sur la grande voie de communication qui traverse la France du sud au nord, et elle a servi de refuge à un grand nombre de fuyards venant des lieux où régnait le choléra. En bien, malgré tout cela, Lyon a, pour ainsi dire, résisté jusqu'ici à l'influence cholérique. Elle a entièrement échappé à la première épidémie qui, en 1832, ravagea le nord de la

France, puis à celle qui remonta le Rhône en 1835. Plus tard, pendant l'épidémie de 1849, une caserne fut envahie et quelques cas de choléra se manifestèrent dans les quartiers environnants ; mais après trois semaines tout avait disparu. Dans l'automne de 1853, alors que le choléra sévissait dans le département de la Drôme, la maladie apparut à Lyon, y détermina environ 400 attaques et 196 décès ; après quoi elle s'éteignit. Enfin, dans l'année 1865, le choléra n'y a pas été signalé, que nous sachions, autrement, peut-être, que par des cas isolés venus du dehors. On ne dira pas que Lyon ait échappé parce que les provenances cholériques y ont manqué ; loin de là, ces provenances y ont afflué ; la maladie y a été importée et s'y est parfois développée, juste assez pour prouver la résistance de la population autochthone, ou, si l'on veut, de la localité à sa propagation.

Ce fait et beaucoup d'autres analogues prouvent-ils que le choléra ne soit pas transmissible? pas le moins du monde ; ils prouvent seulement qu'il y a des localités, comme des individus, qui jouissent d'une certaine immunité contre la transmission ; immunité qui pour les localités, peut être complète ou partielle, permanente ou temporaire. Nous disons temporaire, parce qu'il y a des exemples qui font voir qu'une localité qui a résisté à une certaine époque a été envahie à une autre, et *vice-versa*. Ces immunités locales ne sont pas d'ailleurs propres au choléra, elles existent également pour la peste et la fièvre jaune.

Quant à la cause de l'immunité complète, ou à peu près, alors que, comme à Lyon, cette immunité se montre dans des conditions qu'on pourrait croire favorables au choléra, elle nous échappe.

C'est seulement un fait important à constater et bien digne d'une étude sérieuse.

Il n'en est plus de même de l'immunité relative et plus ou moins prononcée dont certains pays ont joui toujours, ou seulement depuis peu ; cette immunité, règle générale, quand on y regarde de près, peut être rattachée aux bonnes conditions hygiéniques existant dans ces localités, ou à des améliorations notables qui y ont été opérées depuis peu ; cette immunité relative répond à ceux qui sont trop enclins à demander le salut des populations contre le choléra exclusivement à des mesures de quarantaine ; elle prouve, non pas que celles-ci soient inutiles, — loin de là — mais que les mesures d'hygiène en sont le complément nécessaire.

En ce qui concerne le fait de l'immunité des individus plongés au milieu d'un foyer cholérique, il n'est pas moins digne d'attention que celui relatif aux localités.

On a vu, par tout ce qui précède, que quand le choléra éclate dans une masse d'hommes concentrée, il n'y fait qu'un nombre de victimes limité, variable selon les circonstances que nous avons énumérées, mais qui, dans les conditions les plus fâcheuses, n'a presque jamais dépassé 20 p. % de la masse. On peut dire qu'une épidémie de choléra où le nombre des attaques, proprement dites, monte à 5 p. % de la population est déjà très rare. Cette proportion n'a pas même été atteinte l'année dernière à Constantinople.

La résistance que l'organisme humain oppose à l'intoxication cholérique au milieu d'un foyer d'infection est pour quelques-uns complète, c'est-à-dire que l'organisme, chez eux, n'en éprouve aucun trouble appréciable ; pour le plus grand nombre l'intoxication se traduit par un dérangement dans la santé, qui varie depuis le simple malaise épigastrique avec borborygmes et vertiges jusqu'à la cholérine ; mais dans l'immense majorité de ces cas l'organisme résiste et l'attaque proprement dite de choléra ne se produit pas. Enfin chez un nombre relativement restreint, mais très-variable, l'organisme succombe et le choléra se déclare. Ce sont ces derniers cas qui donnent la mesure de la gravité d'une épidémie. Voilà ce que montre l'observation.

Ainsi, l'immunité complète par rapport à l'influence cholérique n'est pas la règle ; de plus, qu'elle soit complète ou incomplète, elle peut n'être que temporaire ; c'est-à-dire que celui qui s'est montré entièrement réfractaire pendant le cours d'une épidémie peut succomber à la suivante, et que même un individu qui a résisté durant une certaine période d'une épidémie peut finir par être atteint. C'est ce qu'on observe assez souvent pour les médecins, qui, surexités par le sentiment du devoir, résistent au plus fort du mal, mais succombent parfois au déclin de l'épidémie, quand la fatigue les a épuisés.

L'immunité contre le choléra est donc en définitive proportionnée à la résistance vitale des individus et elle est variable comme elle. C'est pourquoi, en fait d'immunité, le passé ne garantit jamais l'avenir.

A ce résultat de l'observation on a objecté que, pendant les épidémies de choléra, il n'était pas rare de voir des individus très vigoureux être frappés

à côté de personnes en apparence très-faibles qui étaient respectées ; mais les médecins savent bien que la résistance vitale n'est nullement proportionnée à l'énergie musculaire, et que tel individu nerveux, d'apparence chétive, résiste beaucoup mieux aux influences morbifiques, que ces colosses qui ne sont, en définitive, que des phénomènes mal équilibrés.

Outre l'immunité, plus ou moins complète, propre à chaque individu, il y a encore l'immunité temporaire que laisse après elle une épidémie subie récemment. C'est par cette sorte d'immunité acquise que l'on peut seulement expliquer, — comme on l'a vu plus haut, — l'extinction rapide du choléra dans les masses d'hommes agglomérés, et c'est elle qui fait qu'à moins d'un certain intervalle de temps (dont on ne saurait encore fixer la durée) une épidémie grave de choléra ne peut renaître, malgré de nouvelles importations, dans une localité qui vient d'être éprouvée par cette maladie. Ceci, bien entendu, n'est pas applicable aux lieux de pèlerinage où des masses d'hommes *renouvelés* viennent s'agglomérer périodiquement.

Si, comme nous venons de le voir, l'immunité contre le choléra est proportionnée à la résistance vitale, et si l'on se reporte à ce que nous avons dit des causes adjuvantes de la maladie, on trouve que ces causes sont précisément de la nature de celles qui diminuent la vitalité des individus, comme de toute une population, et l'on arrive à cette conclusion : que l'immunité contre le choléra résulte de toutes les conditions contraires à ces causes adjuvantes, c'est-à-dire des bonnes conditions hygiéniques ; que l'influence de celles-ci est telle, que si l'on parvenait à généraliser ces bonnes conditions, et, par là, à réduire le choléra aux proportions qu'il atteint parmi les classes et même parmi les populations aisées, il ne serait qu'une maladie de peu d'importance par ses suites.

La Commission reconnaît donc qu'en opposition à la transmissibilité du choléra, il existe chez l'homme sain une résistance capable de neutraliser l'influence de l'agent toxique et que cette résistance, affaiblie parmi les populations misérables et chez les individus épuisés par une cause quelconque, peut, par le progrès du bien-être et par de bonnes mesures hygiéniques, être généralisée au point de rendre le choléra une maladie peu redoutable. Mais malheureusement nous sommes loin d'en être là, et c'est pourquoi les mesures d'isolement sont et seront encore longtemps nécessaires.

Il faut qu'on sache bien que le choléra, tout en étant transmissible, n'attaque pas fatalement les individus soumis à son influence ; qu'une vie bien réglée, de bonnes conditions d'hygiène sont des garanties presque certaines contre son action ; qu'il sévit de préférence dans les localités malsaines, parmi les populations épuisées par la misère et sur les individus déjà minés par les maladies ou les excès.

Aussi la Commission, tout en proclamant comme un fait incontestable la transmissibilité du choléra, croit-elle nécessaire d'y ajouter le correctif qui pose des limites à la transmission.

Il est plus dangereux, selon elle, de dissimuler une partie de la vérité sur ce point que de la dire tout entière.

En conclusion, *l'immunité dont jouissent certaines localités, c'est-à-dire la résistance, permanente ou temporaire, générale ou partielle, opposée par ces localités au développement du choléra dans leur circonscription, est un fait qui n'exclut pas la transmissibilité, mais qui indique que certaines conditions locales, non encore toutes déterminées, sont un obstacle au développement de la maladie.*

De même l'immunité plus ou moins complète et plus ou moins durables dont jouissent le plus grand nombre des personnes placées au milieu d'un foyer cholérique, immunité qui atteste la résistance individuelle au principe toxique, est une circonstance dont il faut tenir le plus grand compte.

Au point de vue du développement épidémique, elle est le correctif de la transmissibilité, et sous le rapport de la prophylaxie, elle met sur la voie des moyens propres à restreindre les ravages de la maladie.

(Adopté à l'unanimité moins MM. Monlau et Pélikan qui se sont abstenus).

Déductions relatives aux attributs du principe générateur du choléra.

La Commission n'entend pas s'occuper des nombreuses hypothèses émises sur la nature de la cause qui produit le choléra ; elle veut seulement dégager, comme corollaires des faits exposés dans son travail, certains attributs du principe générateur de la maladie, dont la connaissance peut conduire à des applications prophylactiques.

XXVIII

Des faits constatés précédemment, et qui se rattachent à la genèse, à la propagation et à la transmissibilité du choléra, peut-on déduire quelque chose de précis sur le principe générateur de la maladie, ou tout au moins sur les milieux qui lui servent de véhicules, ou de réceptacles, sur les conditions de sa pénétration dans l'organisme, sur les voies par lesquelles il s'en échappe, sur la durée de son activité morbifique, en un mot sur tous les attributs dont la connaissance importe à la prophylaxie ?

Que le principe générateur du choléra soit appelé contage, germe, miasme ; qu'on le suppose formé d'une substance organisée ou non, toujours est-il qu'il a échappé à toutes les investigations, qu'il n'a jamais pu être isolé et qu'il ne nous est connu que par ses effets. Sous ce rapport il ne diffère pas des autres principes morbifiques.

Ce que nous savons, c'est qu'il se régénère dans l'homme par le fait de l'évolution morbide à laquelle il a donné lieu.

Dans nos pays on ne l'a jamais vu prendre naissance autrement ; c'est par des régénérations successives dans l'homme qu'il se multiplie et se propage ; jamais la nature du sol, ni les plus mauvaises conditions hygiéniques ne l'y ont fait naître. Mais à son origine, dans l'Inde, là où le choléra est endémique, en est-il de même ? Le principe morbifique y naît-il spontanément en dehors de l'homme, par le fait de conditions encore inconnues qui n'existeraient nulle part ailleurs ? Ou bien, en appliquant la doctrine de M. Pettenkofer, le sol des lieux où règne l'endémie serait-il seulement le réceptacle du germe et aurait-il la propriété de le conserver assez longtemps pour permettre qu'un dégagement incessant, et plus ou moins actif, ne l'épuise pas avant qu'il ait été renouvelé ? Ce que nous avons dit de la tenacité du choléra dans certaines localités d'Europe donnerait quelque crédit à cette hypothèse. La Commission ne fait que signaler ces importants problèmes qu'elle n'est pas en mesure de résoudre.

Quoi qu'il en soit, le principe du choléra, de celui qui a envahi le monde, semble originaire de la vallée du Gange, et c'est principalement là que, sur un sol d'alluvion, bas et humide, il se maintient de nos jours à l'état endémique. De ce fait et de certaine analogie dans les symptômes, est-on autorisé à conclure que le choléra ait une origine miasmatique et ne

soit qu'une forme d'affection palustre produite par les marais du Gange ? La Commission ne le pense pas. Il résulte en effet de l'observation qu'il n'y a aucune proportion, sur les bords du Gange, entre l'intensité de l'endémie palustre et celle de l'endémie cholérique ; que l'une et l'autre y ont leur physionomie propre et y offrent leur summum d'intensité à des époques différentes de l'année. Il y a de plus un caractère fondamental qui sépare le choléra des affections palustres ; c'est que celles-ci sévissent sur place et que le principe qui les produit ne se régénère pas dans l'homme, et, par suite, n'est pas susceptible de transmission.

En résumé, *dans l'état actuel de la science, on ne peut émettre que des hypothèses sur la nature du principe générateur du choléra ; nous savons seulement qu'il est originaire de certaines contrées de l'Inde et qu'il s'y maintient en permanence ; que ce principe se régénère dans l'homme, et l'accompagne dans ses pérégrinations ; qu'il peut ainsi être propagé au loin, de pays en pays, par des régénérations successives, sans jamais alors se reproduire spontanément en dehors de l'homme.*

(Adopté à l'unanimité, moins M. Goodeve qui s'est abstenu.)

XXIX

Quels sont les véhicules du principe générateur du choléra ?

Sous le nom de véhicules, la Commission entend parler seulement des agents, par l'intermédiaire desquels le principe morbifique pénètre dans l'organisme. A cette question les faits répondent que l'air est le principal véhicule du principe cholérique. La dissémination rapide dans une localité atteinte, la simultanéité d'un grand nombre d'attaques dans une agglomération donnée, alors qu'un contact médiat ou immédiat avec les premiers malades n'a pas été possible, l'influence générale qui, en temps d'épidémie, pèse plus ou moins sur les individus placés dans la circonscription du foyer, ces circonstances, jointes aux faits qui montrent que des personnes ont pu être frappées de choléra à petite distance d'un foyer avec lequel elles n'avaient pas eu de communication, toutes ces circonstances établissent qu'en effet l'air ambiant est le principal véhicule du choléra. Le principe du choléra serait donc volatil et se comporterait sous ce rapport à la manière des miasmes, c'est-à-dire en infectant l'atmosphère.

Mais de ce que l'air est le véhicule du principe cholérique, s'en suit-il que ce principe puisse être transporté au loin par l'atmosphère ? sur ce point les faits répondent négativement. Ils montrent que l'action du miasme cholérique est d'autant plus sûre qu'elle se produit dans un air plus confiné et à une distance plus rapprochée du foyer d'émission, que ce foyer soit un malade, ou ses déjections, ou un objet contaminé par elles. Un auteur d'une grande autorité (Griesinger) admet que la probabilité d'action du germe cholérique répandu dans l'atmosphère diminue en raison directe du carré de la distance du point d'émission, c'est-à-dire que son action serait dix mille fois plus sûre à 1 pied de distance qu'à 100 pieds. Il semble donc qu'il en soit du miasme cholérique comme du miasme typhique, qui épuise rapidement son action dans l'air libre à petite distance de son foyer.

XXX

A quelle distanee d'un foyer d'émission le principe du choléra peut-il être transporté par l'atmosphère ?

Mais ici se présente une question de la plus haute importance pour la pratique : à quelle distance d'un foyer d'émission le principe du choléra peut-il être transporté par l'atmosphère ? La règle générale fondée sur l'observation fait voir que la transmission du choléra, par l'intermédiaire de l'air libre, ne s'opère que rarement au-delà d'une faible distance disons 100 mètres approximativement pour mieux faire ressortir notre pensée) ; que même dans l'immense majorité des cas la transmission n'a lieu qu'à une distance beaucoup plus rapprochée. Mais y a-t-il des faits qui porteraient à faire admettre qu'elle peut s'opérer beaucoup plus loin du foyer d'émission?

Les cas où le choléra s'est propagé d'un lazaret à la localité voisine seraient d'un grand poids pour trancher cette question, si tous ces cas ne se prêtaient pas à une interprétation beaucoup plus probable que celle du transport atmosphérique. On a vu, par ce que nous avons rapporté des lazarets ottomans, que ce n'est pas l'atmosphère qui peut être accusée d'y avoir transporté la maladie, lorsque la ville voisine de l'un d'eux a été

infectée : ce sont ou des contraventions, ou l'insuffisance des mesures préventives.

L'année dernière, à Malte, le premier cas de choléra éclata en ville sur un point distant de 662 pieds du lazaret sans qu'il y ait eu certitude de communications ; mais il faut ajouter qu'avant cette époque de nombreuses provenances d'Alexandrie avaient été admises à Malte en libre pratique. A Ancône le choléra se manifesta dans la ville après l'arrivée d'un navire venant d'Alexandrie qui avait débarqué un cholérique au lazaret ; mais il y a des motifs suffisants pour croire que ce n'est pas le vent passant sur le lazaret qui a porté la contamination dans la ville. Il en est de même pour ce qui concerne l'Espagne : la propagation du choléra, en 1865, n'y fut pas le résultat du transport par l'air de la maladie enfermée dans les lazarets. *(Pour tous ces faits voir l'aperçu historique.)*

Les lazarets ne nous fournissent donc aucun exemple acceptable à l'appui du transport à certaine distance de principe cholérique Il n'en est pas moins vrai cependant que le voisinage d'un lazaret est dangereux pour une localité saine.

On a cité un fait de transmission à 1 mille de distance observée en 1848 à Sunderland ; un autre en Irlande où la transmission semble avoir été opérée dans la direction d'un vent violent.

Mais les faits les plus caractéristiques seraient ceux de navires venant de pays sains et atteints de choléra en mer, à certaine distance d'un lieu infecté et avant toute communication. Deux faits de ce genre ont été produits au sein de la Commission : l'un est relatif à deux vaisseaux de l'escadre française de la mer Noire qui, en vue de terre et avant d'arriver à Baltchick, eurent chacun un cas de choléra à bord. Ce fait a été relaté précédemment. On conviendra qu'il y manque trop de détails importants pour qu'il ait beaucoup de valeur. L'autre est bien moins circonstancié encore : il concerne une escadre anglaise qui, en vue de Malte où régnait le choléra, aurait eu quelques cas à bord. Mais d'où venait cette escadre ? et y a-t-il eu épidémie à bord ? nous l'ignorons. Tous ces exemples laissent donc beaucoup de doutes.

Prenant en considération tous les faits connus, la Commission a conclu de la manière suivante : *L'air ambiant est le véhicule principal de l'agent générateur du choléra ; mais la transmission de la maladie par l'atmosphère reste, dans l'immense majorité des cas, limitée à une distance très-rapprochée du foyer* *

d'émission. Quant aux faits cités de transport par l'atmosphère à un ou plusieurs milles de distance, ils ne sont pas suffisamment concluants.

(Adopté à l'unanimité, moins M. Goodeve qui s'est abstenu).

XXXI

Indépendamment de l'air quels sont les autres véhicules du principe cholérique ?

L'air n'est pas le seul véhicule du principe cholérique. Les faits observés en Angleterre semblent mettre hors de doute que l'*eau*, soit qu'elle ait été souillée, comme nous l'avons dit, par des matières provenant de déjections cholériques, soit que l'agent morbifique répandu dans l'atmosphère l'ait contaminée, peut servir à l'introduction de cet agent dans l'organisme. Nous n'avons pas à revenir sur les faits qui militent en faveur de cette opinion.

De même il est rationnel d'admettre, bien que les preuves à l'appui ne puissent être administrées, que certaines substances alimentaires peuvent devenir les véhicules du même principe morbifique.

Ainsi, selon la Commission, l'*eau et certains ingesta peuvent aussi servir de véhicules à l'introduction dans l'organisme du principe générateur du choléra.*

Cela posé, il s'en suit pour ainsi dire nécessairement que *les voies par lesquelles l'agent toxique pénètre dans l'économie sont principalement les voies respiratoires et très probablement aussi les voies digestives. Quant à la pénétration par la peau, rien ne tend à l'établir.*

(Adopté à l'unanimité).

XXXII

Quels sont les principaux réceptacles du principe cholérique ?

Le principe du choléra, avons-nous dit, se régénère dans l'homme par le fait de l'évolution morbide à laquelle il donne lieu ; mais par quelles voies s'en échappe-t-il et quels sont les milieux, les matières, qui lui servent de réceptacles ? ici, les faits répondent encore d'une manière positive C'est dans le tube digestif que paraît s'accomplir la genèse de l'agent morbifique. Mais qu'il en soit ainsi ou non, il est certain que les matières provenant des voies digestives d'un cholérique le renferment. Les observations dont nous avons parlé et qui le prouvent sont tellement

nombreuses et caractéristiques que le doute n'est plus permis sur ce point. Cela étant, il paraîtrait, d'après les recherches de Pettenkofer et de Thiersch, que le principe morbifique n'existe encore qu'à l'état latent dans les déjections fraîches des cholériques et qu'il est nécessaire qu'un certain degré de fermentation s'y produise pour que l'activité toxique s'y développe et que le principe morbifique s'en dégage. Ce n'est là sans doute qu'une théorie, mais une théorie d'accord avec les faits, et de plus tellement fertile en déductions pratiques qu'il faut bien en tenir le plus grand compte.

Le principe générateur du choléra serait donc en définive, selon cette doctrine, le résultat de la fermentation des matières rejetées par les cholériques : de sorte que tout ce qui tend à empêcher la fermentation de ces matières, sans les détruire,tend aussi à conserver intact le germe du choléra, qui plus tard pourra se développer, si des circonstances favorables à la fermentation se présentent ; de sorte aussi que le principe du choléra, produit volatil d'une fermentation, ne saurait avoir comme tel qu'une activité éphémère ; et c'est en effet ce que montre l'observation.

Quoiqu'il en soit de cette doctrine, il est incontestable que les déjections des cholériques sont le premier réceptacle du principe morbifique et que, dès lors, les linges, les hardes, enfin tout ce qui peut être souillé par ces déjections, à plus forte raison les fosses d'aisance, les égouts, les eaux, le sol poreux d'une localité, peuvent devenir les réceptacles secondaires d'où le principe morbifique se dégagera plus ou moins vite et plus ou moins énergiquement, selon les circonstances. De là, la nécessité de prendre en considération tous ces éléments pour la prophylaxie.

Mais n'y a-t-il pas lieu d'admettre que le principe du choléra s'échappe de l'organisme par d'autres voies que le tube digestif, par l'exhalation pulmonaire par exemple ? tout ce qu'il est permis de répondre à cette question, c'est que le fait n'a pas été démontré, et qu'en outre les phénomènes morbides qui caractérisent le choléra le rendent peu probable.

En conclusion, *la matière des déjections cholériques étant incontestablement le principal réceptacle de l'agent morbifique, il s'en suit que tout ce qui est contaminé par ces déjections devient aussi un réceptacle d'où le principe générateur du choléra peut se dégager, sous l'influence de conditions favorables ; il s'en suit encore que la genèse du germe cholérique a lieu très probablement dans les voies digestives, à l'exclusion peut-être, de tout autre appareil de l'organisme.*

(Adopté à l'unanimité).

XXXIII

Quelle est la durée de l'activité morbifique du principe générateur du choléra ?

Cette question doit être envisagée à deux points de vue différents qui, l'un et l'autre, ont une grande importance pratique.

D'abord, pendant combien de temps l'agent morbifique expulsé de l'organisme conserve-t-il son activité, ou, en d'autres termes, conserve-t-il la propriété de transmettre la maladie ? Cette grave question est en grande partie résolue par les faits. Ceux-ci montrent que le principe cholérique n'a généralement qu'une activité éphémère ; qu'abandonné à l'air libre il s'y détruit rapidement, si bien que, s'il n'est pas reproduit et entretenu par des régénérations successives, ou s'il n'est pas maintenu à l'état latent par des conditions particulières et très-rares, le milieu où s'est manifestée une épidémie perd bientôt la propriété de faire renaître la maladie. C'est là, en effet, ce qui résulte de l'étude des épidémies de choléra considérées à l'état le plus circonscrit qu'il est possible. Nous avons vu qu'alors, dans une agglomération donnée, la rapidité du développement épidémique est proportionnée à la concentration de la masse et que bientôt, si cette masse ne se renouvelle pas, la maladie y cesse définitivement jusqu'à une importation nouvelle. Dans ce cas, la cessation de l'épidémie ne peut être expliquée que par la combinaison de deux circonstances : d'une part, l'immunité propre ou acquise de la masse des survivants qui fait que le principe morbifique ne se régénère plus, et, d'autre part, l'extinction plus ou moins rapide de ce principe lui même, dès qu'il n'est plus renouvelé. Or, l'expérience fait voir que, règle générale, dans les circonstances ordinaires, une localité qui vient d'être éprouvée par le choléra perd la propriété de transmettre la maladie aux nouveaux arrivants très-peu de temps après que l'épidémie y est entièrement éteinte. L'épidémie ne cesse pas parce que le principe morbifique existant a perdu de sa malignité ; la preuve en est que si (comme nous l'avons fait voir), dans ce milieu où la maladie est sur le point de s'éteindre, viennent à s'introduire de nouveaux arrivants, encore vierges de l'influence cholérique, celle-ci se traduira sur eux par des effets tout aussi terribles que si la maladie était à son début ; et que si de ce même milieu partent des individus pour des localités sai-

nes, la maladie qu'ils y propageront n'aura rien perdu de sa gravité. Donc, la cessation d'une épidémie ne tient pas à ce que le principe morbifique existant a perdu de sa malignité, mais à l'immunité acquise par la population où elle vient de sévir, combinée avec l'extinction rapide du principe même.

Nous disons que telle est la règle générale ; mais nous nous empressons de reconnaître qu'il y a d'importantes exceptions. Certains faits prouvent que, même dans nos pays, certaines localités ont pu conserver plusieurs années de suite le choléra, sans que ce maintien de la maladie fût entièrement explicable par le renouvellement de la population. Il semble que là des conditions particulières, soit dans le sol, soit dans les habitudes, aient contribué à empêcher la décomposition rapide du principe morbifique; d'où ces sortes d'efflorescence qu'on a observées sur certains points en Europe, à la suite des grandes épidémies. Il faut noter ici que l'étude des circonstances dans lesquelles se produisent ces exceptions peut mettre sur la voie des causes de l'endémie cholérique.

Mais les faits exceptionnels les plus intéressants à notre point de vue sont ceux qui nous montrent les linges, les effets d'un cholérique pouvant conserver longtemps, lorsqu'ils sont à l'abri de l'air libre, la propriété de transmettre le choléra. Ces faits prouvent que dans certaines conditions de confinement, le principe cholérique peut conserver, durant plusieurs mois peut-être, à l'état latent, une sorte de vitalité qui se révélera au contact de l'air. Mais si le fait est incontestable, les exemples qui le prouvent sont trop rares pour permettre d'en déduire quelque chose de précis sur le temps pendant lequel, à l'état de confinement, peut persister cette activité morbifique.

Ainsi, selon la Commission, *il résulte de l'étude des faits qu'à l'air libre le principe générateur du choléra perd rapidement son activité morbifique et que telle est la règle; mais que, dans certaines conditions particulières de confinement, cette activité peut se conserver pendant un temps indéterminé.*

(Adopté à l'unanimité.)

Reste enfin la question de savoir pendant combien de temps le principe morbifique peut être reproduit et éliminé par l'organisme malade, ou, en d'autres termes, pendant combien de temps un individu atteint de diarrhée prémonitoire, ou de choléra confirmé, peut transmettre la maladie ? Cette question, à laquelle se rattache la durée de la contumace, est très

difficile à résoudre, et elle a été très débattue dans la Commission. C'est particulièrement sur la durée possible de la diarrhée dite prémonitoire, qui, d'après l'expérience, aurait comme le choléra confirmé la propriété de mettre la maladie, que la discussion a porté.

L'opinion que cette diarrhée infectieuse pouvait, dans certains cas, se prolonger plusieurs semaines a été soutenue avec beaucoup de force, ayant pour appui des autorités considérables et notamment celle Griesinger. On a cité des cas d'individus atteints de diarrhée depuis plusieurs semaines qui transmirent le choléra et finirent eux-mêmes par succomber à la maladie . or, comme en temps d'épidémie il est impossible de distinguer, à des caractères propres, les cas de ce genre de ceux où le choléra n'entre pour rien, il s'en suit, a-t-on conclu, que tous ces cas de diarrhée prolongée doivent être considérés comme suspects.

A cela il a été répondu qu'il était d'observation que la diarrhée dite prémonitoire ne durait guère en général plus de 3 jours, et que, si elle se prolongeait au delà, il était bien rare qu'elle dépassât une semaine ; que rien ne prouvait que les exemples sur lesquels on s'appuyait ne fussent des cas de diarrhée tout à fait étrangère au choléra et dans le cours de laquelle celui-ci serait intervenu, ainsi que cela est très commun en temps d'épidémie ; qu'il en était de la maladie comme de son incubation ; que l'immense majorité des cas prouvaient que l'une et l'autre étaient très courtes dans le choléra ; et que par conséquent on pouvait, en toute sécurité, tenir pour non cholérique un individu isolé de toute cause de contamination, dont la diarrhée se serait prolongée plus de 8 jours après son isolement, sans qu'il ait présenté aucun signe caractéristique de la maladie.

Finalement la Commission a adopté la formule suivante :

L'observation montre que la durée de la diarrhée cholérique, dite prémonitoire, —qu'il ne faut pas confondre avec toutes les diarrhées qui existent en temps de choléra,—ne dépasse pas quelques jours.

Les faits cités comme exceptionnels ne prouvent pas que les cas de diarrhée qui se prolongent au delà appartiennent au choléra et soient susceptibles de transmettre la maladie, quand l'individu atteint a été soustrait à toute cause de contamination.

(Adopté par 14 voix contre 4. MM. Gomès, Millingen, Mühlig et Salvatori ont voté contre ; M. Monlau s'est abstenu).

Ici se termine le travail de la Commission, sur l'origine, l'endémicité, la transmissibilité et la propagation du choléra : l'aperçu historique de la marche de l'épidémie en 1865, fait par une sous-commission dont M. le Dr Bartoletti est le rapporteur, devant être présenté séparément à la Conférence.

En répondant, comme elle vient de le faire, aux diverses questions posées par le programme, c'est-à-dire en se bornant à tirer des faits les conséquences raisonnables qui en découlent, la Commission pense avoir établi des bases sûres qui permettront à la Conférence de se prononcer en connaissance de cause sur les questions relatives à la prophylaxie.

Le raporteur général A. Fauvel.

Le présent rapport, après avoir été discuté et adopté, chapitre par chapitre, a été approuvé dans son ensemble par tous les membres de la Commission.

Constantinople, le 21 mai 1866.

Les membres de la Commission,

Bartoletti, A. Bykow, F. Bosi, E. D. Dickson, A. Fauvel, E. Goodeve, B. A. Gomes, *Baron* de Hubsch, *Comte* A. de Lallemand, E. Lenz, A. Maccas, J. Millingen, P. F. Monlau, Mühlig, *Comte* de Noidans, E. Pelikan, J. E. Polak, Salem *bey*, S. Salvatori, Sawas, A. M. Segovia, A. Sotto, I. Spadaro, J. Van Geuns.

Le rapport ci-dessus a été discuté et adopté par la Conférence (texte et conclusions) avec les quelques modifications et additions indiquées en note dans la présente réimpression achevée le 3 août 1866. *(Voir les procès-verbaux de la Conférence du 9 juin au 2 juillet.)*

TABLE DES MATIÈRES

PAGES

INTRODUCTION. 1

Premier Groupe de Questions:

CHAP.

ORIGINE ET GENÈSE DU CHOLÉRA : ENDÉMICITÉ ET ÉPIDÉMICITÉ DE CETTE MALADIE DANS L'INDE. 4

I D'où le choléra, dit asiatique, est-il originaire? Et dans quelles contrées existe-t-il de nos jours à l'état endémique ? 4

II En dehors de l'Inde, le choléra asiatique existe-t-il de nos jours quelque part à l'état endémique ? 7

III N'y a-t-il pas lieu de craindre que le choléra ne vienne à s'acclimater dans nos pays ? 9

IV Y a-t-il dans le Hedjaz un foyer originel de choléra, permanent ou périodique ? . 10

V Y a-t-il dans l'Inde certaines localités qui aient le privilége exclusif d'engendrer le choléra, ou qui soient plus particulièrement favorables à son développement? En d'autres termes, le choléra est-il endémique dans toutes les parties de l'Inde ou seulement dans certaines régions qu'il soit possible de circonscrire? . . . 11

VI Connaissons-nous les causes par le concours desquelles le choléra naît spontanément dans l'Inde, ainsi que les circonstances qui lui font revêtir la forme épidémique ? 15

VII Quelles sont les circonstances qui concourent au développement et à la propagation des épidémies de choléra dans l'Inde ? 17

Deuxième Groupe de Questions:

TRANSMISSIBILITÉ ET PROPAGATION DU CHOLÉRA. 21

VIII La transmissibilité du choléra est-elle aujourd'hui prouvée par des faits qui n'admettent aucune autre interprétation? 21

1° Preuves tirées de la marche des épidémies de choléra considérées en général . 22

2° Preuves tirées de faits établissant la propagation du choléra par importation . 24

Importation à Constantinople 26

id. à Borchi 27

id. à Altenbourg 28

id. à Thoydon Bois (en Angleterre) 29

3° Preuves tirées de la progression des épidémies de choléra dans les localités atteintes. 31

Progression de l'épidémie à Constantinople 32

4° Preuves tirées de l'efficacité de certaines mesures préventives 35

CHAP.		PAGES.
IX	Y a-t-il des faits concluants qui forceraient d'admettre que le choléra puisse se propager au loin par certains états de l'atmosphère, par les vents, ou par telle autre vicissitude ou modification du milieu ambiant?	35
X	*Comment s'opère l'Importation du Choléra et quels sont les agents de la transmission?*	36
XI	Dans quelles conditions l'homme importe-t-il le choléra?	37
XII	L'homme atteint de simple diarrhée cholérique peut-il transmettre le choléra? . .	39
XIII	Quelle est la durée de l'incubation?	40
XIV	Le choléra peut-il être importé et transmis par des animaux vivants?	43
XV	Le choléra peut-il être importé et transmis par des linges, des hardes, et en général par des effets à usage?	44
XVI	Le choléra peut-il être importé et transmis par des marchandises?	49
XVII	Les cadavres de cholériques peuvent-ils importer et transmettre le choléra? . .	50
	De l'Influence des moyens de Communications.	
XVIII	Quelle influence les différents modes de communication, soit par terre, soit par mer, exercent-ils sur la propagation du choléra?	52
XIX	Quelle est l'influence des déserts sur la propagation du choléra?	53
	De l'Influence des Agglomérations.	
XX	Quelle est l'influence des agglomérations d'hommes sur l'intensité des épidémies de choléra, ainsi que sur la propagation de la maladie? et dans quelles conditions s'exerce cette influence?	55
XXI	Quelle est l'intensité et quelle est la tenacité des épidémies de choléra à bord des navires?	56
XXII	Quelle influence les agglomérations, dans les lazarets, d'individus provenant d'un foyer cholérique exercent-elles sur le développement du choléra parmi les quarantenaires et en dehors du lieu affecté à la contumace?	62
XXIII	Quelle influence les grandes agglomérations d'hommes — les armées, les foires, les pèlerinages — exercent-elles sur le développement et la propagation des épidémies de choléra?	69
XXIV	Quelle est l'influence de la dissémination sur l'intensité et le développement des épidémies de choléra?	72
XXV	Quel est le rôle qui revient au pèlerinage de La Mecque dans les épidémies cholériques qui se sont succédé jusqu'à nos jours?	74
	De l'Influence des conditions Hygiéniques.	
XXVI	Quelle est l'influence exercée sur la violence des épidémies cholériques par les conditions hygiéniques et autres d'une localité: en d'autres termes, quelles sont les causes adjuvantes du choléra?	75

CHAP. PAGES.

De l'Immunité par rapport au Choléra.

XXVII Comment faut-il comprendre l'immunité par rapport au choléra ? 86

Déductions relatives aux attributs du principe générateur du Choléra.

XXVIII Des faits constatés précédemment, et qui se rattachent à la genèse, à la propagation et à la transmissibilité du choléra, peut-on déduire quelque chose de précis sur le principe générateur de la maladie, ou tout au moins sur les milieux qui lui servent de véhicules, ou de récéptacles, sur les conditions de sa pénétration dans l'organisme, sur les voies par lesquelles il s'en échappe, sur la durée de son activité morbifique, en un mot sur tous les attributs dont la connaissance importe à la prophylaxie ? 87

XXIX Quels sont les véhicules du principe générateur du choléra ? 88

XXX A quelle distance d'un foyer d'émission le principe du choléra peut-il être transporté par l'atmosphère ? 89

XXXI Indépendamment de l'air quels sont les autres véhicules du principe cholérique ? 91

XXXII Quels sont les principaux réceptacles du principe cholérique ? 91

XXXIII Quelle est la durée de l'activité morbifique du principe générateur du choléra ? . 95

2me *ANNEXE AU PROCÈS-VERBAL N° 9.*

RAPPORT

Fait à la Conférence Sanitaire Internationale, par une Commission, composée de M. Segovia, *président, et de MM. les Docteurs* Gomes, Goodeve, Monlau, Pelikan, Spadaro *et* Van Geuns, *nommée pour réviser les questions du* 3me *groupe du Programme* (Préservation) *et proposer la méthode à suivre pour leur étude.*

Dr E. Pelikan, *rapporteur.*

Messieurs,

Dans le but de faciliter l'étude des questions comprises dans le 3me groupe du Programme, vous nous avez chargés de les examiner de nouveau, afin de les compléter et de les modifier conformément aux recherches et aux conclusions faites par la Commission générale, ainsi que de les classifier, de manière à ce qu'elles puissent être logiquement distribuées entre les commissions qui seront nommées par la Conférence.

Avant de soumettre notre projet à votre appréciation, nous avons pensé utile de le faire précéder de quelques remarques ou explications.

Quant à la classification des questions, en groupant d'abord celles qui nous ont paru avoir entre elles un rapport intime, nous nous sommes trouvés dans la nécessité de leur donner un ordre quelque peu différent de celui du Programme général. Cette différence consiste principalement

en ce que,au lieu de diviser les mesures en: *a*)moyens préventifs,et *b*) moyens restrictifs,—comme le fait le Programme,—nous proposons une autre division, savoir: 1° préservation par des mesures hygiéniques locales, y compris l'hygiène navale; 2° préservation par des mesures quarantenaires; et 3° préservation par des mesures sanitaires spéciales pour l'Orient. Or, on pourra se convaincre facilement, en comparant notre projet avec celui du Programme, que pas une seule question du 3me groupe n'est omise dans notre classification. Quant aux lacunes qui pourraient exister, nous avons tâché de les remplir, en laissant toutefois, aux commissions à nommer, le soin de les compléter encore par plus de détails (*).

L'avantage pratique d'un pareil plan de travail est évident. Il est clair que les commissions qui vont élaborer le 3me groupe, trouveront dans leurs programmes respectifs toutes les questions qui se lient les unes aux autres, et celles qui sont de la même nature ne resteront pas dispersées dans les diverses sections, — ce qui fera éviter des répétitions dans les rapports des commissions.

Au lieu de parler uniquement de l'assainissement des ports (§ II), nous avons jugé qu'il ne serait pas superflu d'y ajouter les villes en général, et nous avons appelé l'attention de la future Commission, qui va s'occuper de ces questions, sur : les eaux immondes, les latrines et les égoûts, comme étant d'une importance spéciale par rapport à la propagation du choléra, et dont il faut s'occuper avant que cette maladie fasse son apparition dans une localité quelconque.

La question de l'*hygiène navale* mérite, à notre avis, toute l'attention de la Conférence. Elle comprend : *a*) les mesures hygiéniques applicables au départ des navires;—*b*)les mesures d'hygiène applicables pendant la traversée; et—*c*) les mesures d'hygiène applicables à l'arrivée des bâtiments à leurs ports de destination. Il va sans dire, qu'il ne s'agit pas ici d'un exposé complet des généralités et des détails, qui trouvent leur place dans les Manuels sur cette matière : la Commission se borne à demander une indication des mesures pratiques, qui peuvent, et qui doivent, contribuer à la préservation de l'importation cholérique.

(*) A la suite du numéro de chaque question nous avons mis, en parenthèse, le numéro sous lequel cette même question est placée dans le Programme. Les mots et les phrases ajoutés sont imprimés en caractères italiques.

Notre § III comprend les §§ 18 et 5 du Programme. Pour rendre la première question plus claire et moins vague ou indéterminée, nous y avons ajouté les mots : *de police sanitaire* (sans y comprendre les mesures quarantenaires). Aussi avons-nous ajouté à ce paragraphe quelques détails *sur les mesures sanitaires à prendre dans le cas où le choléra menace d'une invasion.*

La deuxième section est consacrée aux questions concernant les mesures quarantenaires ; les quatre premières questions se rattachent aux mesures quarantenaires en général, et les huit dernières à l'application de ces mesures.

A ces paragraphes nous avons ajouté quelques détails sur l'organisation des lazarets ; la question sur les *lazarets internationaux* (§ VIII),— question, selon notre conviction, d'une grande importance et digne de l'examen le plus scrupuleux de la part de la Conférence ; — et sur la *reconnaissance* et l'*arraisonnement* des navires, vu que les règlements actuels sur cette formalité sanitaire ne donnent pas assez de garanties contre l'importation du choléra dans nos pays.

Dans la 3e section, sous le titre de *préservation par des mesures sanitaires spéciales pour l'Orient*, nous avons énuméré, quoique dans un ordre différent, les cinq questions du Programme qui se rattachent justement à ce sujet, en y ajoutant encore une nouvelle sur l'*envoi d'une Commission de recherches scientifiques pour étudier l'origine et la génèse du choléra, dans les lieux que l'on croit être le berceau de cette maladie.*

Puisque les informations que nous possédons jusqu'à ce jour, sur ce point, ne sont que trop incomplètes, il est évident qu'il faut les compléter par l'étude locale du berceau de cette redoutable maladie, et d'après une méthode rigoureuse d'exploration. Hâtons-nous de dire que notre proposition fait abstraction complète du mode d'organisation de cette Commission scientifique, ainsi que du plan des travaux auxquels elle devrait se livrer. Tous ces détails pourraient être convenus, et même dictés, d'avance par les Gouvernements respectifs des pays qui devraient être le théâtre de ces études purement scientifiques. Si la nature et l'extension de ces études importantes l'exigeaient, nous croyons fermement que les éléments nécessaires de réalisation puissante et énergique ne feraient pas défaut, et que les Gouvernements auxquels s'applique notre proposition seraient les mieux disposés à collaborer à cette œuvre fondamentale d'une préservation efficace et décisive.

Maintenant voici l'ordre que nous venons vous proposer :

I

Préservation par des mesures hygiéniques locales.

§ I (1). Y a-t-il des moyens préventifs, qui permettraient d'éteindre les foyers originels du choléra dans les Indes ?

§ II (2). Y a-t-il des mesures d'hygiène privée ou publique, des mesures d'assainissement, applicables sur une échelle assez vaste, pour qu'elles puissent détruire, ou amoindrir à un degré sensible, la prédisposition à l'infection cholérique ? Assainissement des *villes en général, et des* ports *en particulier. Drainage urbain ; enlèvement des immondices. Latrines et égoûts.* Mode d'ensevelissement et sépulture des cadavres. — *Hygiène navale.*

§ III (18 et 5) Quelles mesures *de police sanitaire* convient-il de prendre dans le cas où le choléra menace d'une invasion, soit par la voie de terre, soit par la voie de mer ? Interruption temporaire des communications avec les lieux infectés ; interdiction des émigrations, des foires. *Mouvements des troupes. Emigrations rurales, dissémination, formation des camps. Secours (assistance) publics. = Séparation des cholériques dans les hôpitaux. Hôpitaux isolés pour les cholériques.*

§ IV (1 et 13). Y a-t-il des moyens d'étouffer les foyers dûs à l'importation ? Désinfection des habitations, des effets, *des déjections, des lieux d'aisances, par rapport à la destruction de ces foyers.*

II

Préservation par des mesures quarantenaires.

§ V (6). Quels sont les enseignements de l'expérience relativement aux systèmes quarantenaires actuellement en vigueur, dans les divers pays, contre les invasions du choléra ? Pourrait-on espérer plus de succès de quarantaines établies sur une autre base ?

§ VI (3). Ne faut-il pas partir du principe fondamental, que, plus les *mesures quarantenaires et autres* moyens restrictifs sont appliqués près du foyer primitif, plus on peut compter sur leur efficacité ?

§ VII (20). Si l'on pèse, d'un côté, les inconvénients, qui résultent pour le commerce des mesures restrictives et, de l'autre, la perturbation qui frappe l'industrie et les transactions commerciales, à la suite d'une invasion du choléra, de quel côté croit-on que pencherait la balance ?

§ VIII (8). Ne faut-il pas choisir pour les établissements quarantenaires certains lieux déterminés et éloignés des centres de population et des voies de communication. — *Lazarets internationaux.*

§ IX (12). Quels sont, au point de vue de l'hygiène publique, les garanties à exiger pour les lazarets ? *Emplacement, construction, distribution et régime des lazarets. Lazarets d'observation. Lazarets pour la quarantaine de rigueur. Lazarets flottants. Lazarets temporaires.*

§ X (4). *Isolement des premiers foyers dans les localités.— Isolement d'un pays ou d'une localité par les cordons sanitaires.* Quelle est l'utilité de ces cordons, où et comment les appliquer ? *Lazarets de terre — permanents et temporaires.*

§ XI (11). Patente brute, patente suspecte et patente nette dans leur application au choléra.

§ XII. *La reconnaissance et l'arraisonnement sous le rapport sanitaire maritime.*

§ XIII (7). De l'incubation du choléra par rapport à la question des mesures quarantenaires ?

§ XIV (10). Les jours de traversée doivent-ils être comptés comme jours de quarantaine, et dans quels cas ?

§ XV (9). Différence à établir entre la quarantaine d'observation et la quarantaine de rigueur ; en fixer la durée.

XVI (9 et 13). Quelles distinctions faut-il établir, sous le rapport de la quarantaine d'observation et de rigueur, entre l'équipage et les passagers, entre les personnes, et leurs effets, les marchandises et les navires, selon qu'il y a eu ou non des accidents cholériques à bord? — Désinfection des navires et des effets.

III

Préservation par des mesures sanitaires spéciales pour l'Orient.

§ XVII (19 et 14). Questions des postes d'observation et des médecins sanitaires, par exemple, à Djeddah, Yambo, Suez, Alexandrie, en Perse, etc. — Attributions et devoirs des médecins sanitaires.

§ XVIII (16 et 15). Police sanitaire *des pèlerinages.* — Ne faut-il pas établir comme règle, que les pèlerins arrivant des Indes, ou de tout autre pays où le choléra règne *(endémiquement ou épidémiquement)*, devront toujours purger une quarantaine d'observation et, s'il y a lieu, de rigueur, dans un lieu déterminé du littoral arabique, avant qu'il leur soit permis de se rendre à la réunion générale des pèlerins à la Mecque?

§ XIX (17). Y a-t il lieu d'appliquer les mesures quarantenaires aux provenances des Indes Orientales en général ; — dans quelles circonstances et dans quelle mesure?

§ XX. *Commission de recherches scientifiques sur l'origine et la genèse du choléra, dans les lieux que l'on croit être le berceau de cette maladie.*

Tel est l'ordre que nous avons jugé le plus convenable pour l'étude des questions du 3me groupe du Programme,—étude que la Conférence pourrait confier à trois Commissions, d'après la triple division établie dans notre projet.

A. M. Segovia, président.— Dr Gomes.— Dr Monlau.— Dr Spadaro.— Dr J. Van Geuns.— Dr E. Pelikan, rapporteur.

M. le Dr Goodeve a signé sous la réserve suivante :

« Avant de signer le rapport de la Commission, je tiens à constater que je ne saurais m'associer à la partie du projet qui propose l'envoi d'une commission scientifique pour étudier le choléra sur les

lieux où l'on croit que se trouve son berceau. Bien que le cas n'ait pas été prévu dans mes instructions, je ne puis croire que mon Gouvernement consente à l'envoi d'une commission officielle dans les Indes. Je suis cependant convaincu, que si la Conférence veut bien indiquer les études et les renseignements qu'elle pourrait regarder comme utiles pour éclaircir les questions importantes de l'origine et de la genèse de la maladie, mon Gouvernement ne manquerait pas d'y prêter son attention par tous les moyens dont il peut disposer. Du reste, la nature même d'une pareille enquête exigerait, peut-être, des années pour arriver à des conclusions ayant quelque valeur scientifique, et par suite de l'état des choses dans l'Inde, le Gouvernement seul serait capable de l'entreprendre avec quelque chance de succès.»

» (Signé) : Edward Goodeve. »

N° 10.

SÉANCE DU 31 MAI 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 31 mai, à midi, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa dixième séance, dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Etaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien.

M. le Docteur Polak, ancien archiatre de S. M. le Schah de Perse.

Pour la Belgique :

M. le comte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne;

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur Ignace Spadaro;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

L'Honorable M. W. Stuart, secrétaire de l'Ambassade de S. M. Britannique ;

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M. Kalergi, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Professeur J. Van Geuns ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

Mirza-Malkom-Khan, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur Sawas Efendi, inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard PINTO DE SOVERAL, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio GOMEZ, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. H. de KRAUSE, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi de Prusse :

M. le Docteur MÜHLIG, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur LENZ, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur BYKOW, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna.

Pour la Suède et la Norwège :

M. OLUF STENERSEN, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron HÜBSCH ;

Pour la Turquie :

S. Exc. SALIH EFENDI, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur BARTOLETTI, inspecteur-général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(*Pour l'Egypte*) : le Docteur SALEM BEY, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S. A. le vice-roi d'Egypte ;

S. Exc. le Président donne la parole à M. le Secrétaire pour la lecture du procès-verbal de la dernière séance.

M. de Collongue, l'un des Secrétaires, donne lecture du procès-verbal de la séance du 28 mai dont la rédaction est approuvée.

S. Exc. le Président annonce que l'ordre du jour appelle la suite de la discussion du rapport concernant l'étude du 3e groupe du programme.

M. le C^te^ de Lallemand demande qu'on lui accorde la parole avant que la discussion, qu'il ne voudrait pas interrompre, soit engagée sur le rapport en question, à l'effet de faire une communication.

La parole lui ayant été accordée, M. le C^te^ de Lallemand donne lecture de la proposition suivante, qu'il fait au nom des Délégués du Gouvernement Français.

Messieurs,

« Nous soussignés, Délégués du Gouvernement de S. M. l'Empereur des Français, avons l'honneur d'appeler l'attention de la Conférence sur une question qui n'est pas portée au programme de ses travaux et qui ne rentre pas d'une manière directe et nécessaire dans le cercle qu'ils embrassent, mais qui n'est pas sans intérêt pour la santé publique, et, qu'on ne saurait, par conséquent, la laisser indifférente. Nous voulons parler du tarif des droits sanitaires perçus dans les ports Ottomans pour le recouvrement des frais du service de Santé.

» Le tarif tel qu'il existe et qu'il est appliqué aujourd'hui est suranné et ne répond plus à son but. Etabli à l'origine même et lors de la fondation du service de santé dans les ports de l'Empire, c'est-à-dire, à une époque où la quarantaine était la règle constante du service ou à peu près, et, par conséquent, la principale source de la recette, il ne donne plus lieu, maintenant que les quarantaines sont devenues l'exception, qu'à des perceptions insuffisantes, et qui, depuis plusieurs années ne s'élèvent pas au delà du cinquième environ du montant des frais.

» Cet état de choses n'est pas seulement irrégulier en lui-même et injuste envers le Gouvernement Ottoman qui n'a cessé de s'en plaindre, il est encore compromettant pour le service sanitaire et pourrait le devenir bien davantage s'il se prolongeait, car on ne saurait s'étonner que le Gouvernement finît par laisser en souffrance une administration qui retombe presque tout entière à sa charge, tandis qu'il ne doit que sa part de la dépense commune. Il est constant d'ailleurs qu'un service spécial comme celui de la santé doit, pour être assuré, pouvoir compter sur des ressources propres et spéciales.

» Déjà, il y a dix ans, une première tentative fut faite par la Sublime Porte pour obtenir la réforme du tarif sanitaire. Cette tentative échoua par des raisons qui nous sont inconnues. Mais l'an dernier, une Commission de sept membres du Conseil Supérieur de santé, après une étude

soigneuse de cette affaire, formula un nouveau projet de réforme calculé sur les besoins d'une année moyenne de service et sur les perceptions probables, conforme, par conséquent, au principe posé par la Conférence de Paris de 1851, et, en vertu duquel les taxes sanitaires ne peuvent jamais constituer un impôt, mais seulement un remboursement de frais. Ce projet qui se trouve exposé dans le rapport ci-joint en date du 18 février 1865 (voir à la fin du protocole) a été communiqué aux Gouvernements des diverses nations maritimes qui n'y ont pas, croyons-nous, donné leur adhésion.

» Le Gouvernement de l'Empereur, après l'avoir mûrement examiné, nous a autorisés à déclarer qu'il ne s'oppose pas à ce qu'il soit pris en considération, et| adopté, comme base d'une réforme dont il admet la nécessité. Sans élever d'objection positive contre le tarif de 26 paras (14 centimes) par tonneau de jauge qui y est proposé comme équitable, il recommande de rendre les droits sanitaires aussi peu onéreux que possible à la navigation.

» Nous sommes autorisés, en outre, à saisir la Conférence de cette affaire et à la prier d'en dire son avis et d'exprimer un vœu dans le sens qu'elle jugera le plus utile et le plus juste. Nous espérons que ce vœu, grâce à l'autorité qui s'attache aux délibérations de cette assemblée, aura une heureuse influence sur la conclusion, trop retardée, d'une question qui n'est pas à dédaigner

» Nous vous prions donc, Messieurs, de prendre en considération notre proposition et de nommer une Commission chargée de l'examiner et de vous en faire son rapport, en autorisant cette commission à prendre pour base de son examen, le travail et le projet du Conseil supérieur de santé consigné dans le rapport ci-annexé du 18 février 1865. Il nous semblerait utile que la Commission renfermât dans son sein un ou deux membres du conseil supérieur de santé ayant pris part à la discussion du projet auquel nous nous référons. »

A. DE LALLEMAND. — FAUVEL.

A la suite de la communication faite par M. le C^te^ de Lallemand, plusieurs orateurs s'inscrivent pour émettre leur avis.

M. Stenersen, après avoir tâché de démontrer: 1° que la proposition des

délégués français n'a aucun caractère d'urgence; 2° qu'elle ne touche pas directement au but principal pour lequel la Conférence a été réunie — qu'elle entraverait la marche de ses travaux, et surtout l'étude du rapport qui doit servir de base aux délibérations de la Conférence, insiste sur l'incompétence de la Conférence à s'occuper d'une question qui sort de ses attributions et qui ne pourrait être prise en considération sans une autorisation spéciale de la part de chaque gouvernement représenté dans la Conférence.

M Stenersen, à l'appui de sa thèse, présente les considérations suivantes :

Une considération très grave, devrait à mon avis, dit-il, nous empêcher de nous occuper dès à présent de la proposition française. C'est qu'elle paraît sortir des limites de notre compétence, telle, du moins, que pour ma part je l'ai comprise et qu'elle a été comprise par mon gouvernement. Cette assemblée, continue M. Stenersen, a été réunie dans le seul but de rechercher les moyens de préservation, contre le choléra. Mais les moyens qu'elle va proposer, si elle accepte la nouvelle proposition, doivent nécessairement entraîner certaines dépenses pour les gouvernements qui voudront y souscrire. Ces dépenses, fait observer M. Stenersen, ne peuvent nullement être considérées comme constituant en elles mêmes des moyens de préservation et dès lors la question de savoir comment ces dépenses doivent être couvertes ne constitue pas une question sanitaire. Il s'agit ici tout simplement, d'une nouvelle imposition à la navigation étrangère dans les eaux de la Turquie.

Or, poursuit M. Stenersen, toute imposition de cette nature a toujours été réglée en vertu de négociations diplomatiques — négociations souvent très longues et très pénibles entre le Gouvernement Ottoman et les missions étrangères à Constantinople. Et je ne sache pas, dit M. Stenersen, que la Conférence ait été autorisée, pour ce cas spécial, à remplacer les missions. Sans une telle autorisation, nous sommes, à mon avis, opine M. Stenersen, aussi peu appelés à nous occuper de la question des droits quarantenaires en Turquie, que nous l'aurions été dans le temps, à nous occuper de la question des phares.

Notre incompétence à ce sujet, continue M. Stenersen, sautera plus facilement aux yeux si l'on imagine que nous allons commencer à discuter ici, sans autorisation spéciale, le tarif des droits quarantenaires à payer

par les navires étrangers dans un autre pays quelconque, par exemple, dans les ports français. Je crois, dit M. Stenersen, que le gouvernement français trouverait une pareille discussion assez irrégulière, car une pareille discussion roulerait sur une question d'administration intérieure, et certes, il se refuserait d'accepter nos décisions, même si elles portaient une augmentation des droits antérieurement établis. Or, à mon avis, ajoute M. Stenersen, ce que la Conférence ne pourrait faire par rapport à un autre pays, elle ne peut pas non plus le faire par rapport à la Turquie. Car quelle que soit la position de la Sublime Porte, vis-à-vis des autres gouvernements, il est, en tout cas, évident que la Conférence sanitaire se trouve vis-à-vis du Gouvernement Ottoman exactement dans la même position qu'elle se trouve vis-à-vis de tout autre gouvernement ici représenté.

Je ne connais pas, dit M. Stenersen en finissant, les instructions que peuvent avoir les autres Délégués siégeant dans la Conférence, mais, pour ma part, je dois déclarer que mes instructions, aussi bien que celles de mon collègue M. le B^{on} Hübsch, ne nous permettent pas de traiter ici des questions autres que celles qui entrent dans la catégorie des questions sanitaires. Nous devons, par conséquent, nous abstenir de toute discussion sur la proposition de MM. les Délégués du Gouvernement français jusqu'à ce que nous ayons demandé, à ce sujet, à notre Gouvernement des instructions spéciales. En considération de tout ce que j'ai eu l'honneur d'avancer, conclut M. Stenersen, je me permets de proposer à l'honorable Conférence ce qui suit :

« Que la discussion de la proposition française soit ajournée — que ladite proposition soit imprimée et communiquée sans retard à tous les Délégués pour que ceux d'entre eux, qui croient en avoir besoin, puissent prendre, à ce sujet, les ordres de leurs Gouvernements respectifs. »

M. Kalergi est d'avis que la communication des MM. les Délégués français est tellement importante qu'il faudrait avoir des instructions spéciales pour la prendre en considération d'une manière sérieuse. Toutefois, dit-il, on peut s'en occuper à un certain point de vue, ne fût-ce que pour donner son avis sur cette importante question. Mais il n'est pas autorisé, fait-il observer, à traiter une question qui intéresse au plus haut degré la marine de sa nation, laquelle, soit dit en passant, paye déjà des droits sanitaires très forts, droits qu'il serait question d'augmenter.

M. Kalergi formule la proposition suivante :

« Que la communication de M. le C^te^ de Lallemand soit prise en considération, et qu'elle soit placée parmi les qustions du 3^e^ groupe. »

M. Goodeve déclare reconnaître l'incompétence de la Conférence à s'occuper de la proposition de MM. les Délégués de France, et n'ayant pas reçu, dit-il, d'instructions spéciales il ne pourrait pas prendre en considération la proposition dont il est question.

M. Dickson, reconnaissant l'incompétence de la Conférence, appuie en tout point la proposition de M Stenersen.

M. Vernoni s'exprime en ces termes :

« Je reconnais, dit-il, la proposition présentée par M. le C^te^ de Lallemand, comme très-équitable en principe, mais je pense que étant une question d'ordre administratif elle n'est pas de la compétence de la Conférence,mais qu'elle est du ressort du Conseil Supérieur de santé de l'Empire Ottoman qui d'ailleurs l'a étudiée, et au sein duquel siégent les Délégués des puissances étrangères. M. Vernoni ajoute que cette communication aurait trouvé sa place après l'adoption des nouvelles mesures sanitaires que la Conférence sera, en temps opportun, appelée à conseiller au Gouvernement de la Sublime Porte, concernant la mer-Rouge et autres endroits. A cette occasion, il resterait à juger, selon M. Vernoni, si un surcroit de droits doit peser exclusivement sur la navigation ou bien être répartis autrement »

S. Exc. Salih Efendi, après avoir remercié MM. les Délégués du Gouvernement français de l'initiative qu'ils ont bien voulu prendre touchant la question des droits sanitaires, droits qui présentement ne sont guère en rapport avec les frais que le Gouvernement Ottoman supporte à lui seul, et contrairement à tout principe d'équité, invite son collègue M. le D^r^ Bartoletti, beaucoup plus compétent que lui, en pareille matière, à donner tous les éclaircissements relatifs à cette importante question. Pour ma part, dit S. Exc. Salih Efendi, je me borne à faire observer que le service sanitaire de la Turquie va être porté probablement au double, par conséquent il y aura augmentation énorme des frais du service sanitaire, et ces frais, sans une réforme du tarif, peseraient exclusivement sur le Gouvernement Impérial. Cette réforme dont, S. Exc Salih Efendi estime qu'elle doit être faite sur la base du principe posé par M. le C^te^ de Lallemand.

MM. Pelikan et Lenz déclarent que les Délégués du Gouvernement Russe manquent des instructions nécessaires pour prendre en considération la communication de M. le C^te^ de Lallemand, et que sans avoir reçu de nouvelles instructions ils ne pourraient se prononcer sur la question présentée par MM. les Délégués de France, ni s'occuper des questions relatives aux droits sanitaires de l'Empire Ottoman.

M. Bykow, de son côté, déclare en sa qualité de médecin Délégué de la part du Ministère de la guerre, qu'il a reçu une autorisation nette et explicite de son Gouvernement de ne discuter que sur des questions qui se rattachent directement à l'étude du choléra et des moyens à prendre contre cette maladie. Par conséquent, dit-il, je déclare que je n'ai aucun droit de prendre part à des discussions concernant les droits sanitaires, et mon avis, à cause de cela, ne pourrait être d'aucune valeur auprès de mon Gouvernement. M. Bykow ajoute que pareille matière, d'après lui, ne pourrait être discutée que par les Délégués diplomates ou par d'autres hommes *ad hoc*.

M. Vetsera fait la déclaration suivante :

« Comme membre de l'internonciature Impériale, je sais et je puis dire, à titre d'information particulière, que la question du tarif quarantenaire se traite entre le Gouvernement Impérial et la Sublime Porte. En ma qualité de Délégué à cette Conférence je n'ai point d'instruction de m'occuper d'une question laquelle déjà se trouve en négociation entre les organes compétents. La Conférence ne peut en être saisie que sur une autorisation spéciale, autorisation qui, à mon avis, dit M. Vetsera, devrait être provoquée par une démarche directe de la Sublime Porte auprès des Gouvernements représentés dans la Conférence. »

M. Sotto formule la proposition suivante :

« Que la Conférence sanitaire internationale se déclare incompétente à s'occuper de la proposition de MM. les Délégués de France. »

M. Stuart adhère complètement à la manière de voir de M. Vetsera. Je tiens, dit-il, à déclarer que je m'associe entièrement à l'avis et aux observations de mon honorable collègue M Vetsera. Nous n'avons aucun pouvoir, ajoute M. Stuart, pour traiter la question du tarif pas plus pour la Turquie que pour les autres pays de l'Europe, et ce serait une intervention administrative qui nous est même interdite par la circulaire de M. Drouyn de Lhuys. Je m'oppose donc, dit M. Stuart en finissant, à ce que la proposition française soit prise en considération.

M. Bartoletti remercie MM. les Délégués du Gouvernement français de l'initiative qu'ils viennent de prendre dans l'affaire du tarif sanitaire Ottoman. Il les remercie en son nom et au nom des ses collègues qui représentent la Turquie Il ne veut pas, dit-il, répondre à présent aux objections qu'on soulève contre le principe de cette proposition, se réservant de le faire au moment opportun, mais il croit devoir faire quelques remarques qui ont ici leur place.

Quelques-uns des membres de la Conférence, dit M. Bartoletti, opinent que cette assemblée est incompétente à traiter la question du tarif parce que cette question ne serait pas sanitaire et que leur mandat se borne à ce qui a trait au choléra ; d'autres sont d'avis qu'ils ne peuvent pas s'occuper du tarif sans instructions spéciales. M. Bartoletti ne conteste pas le droit de demander à leurs gouvernements des instructions, à ceux qui le croient nécessaire, mais cette circonstance, pense-t-il, ne doit pas les empêcher de prendre acte de la proposition française. Quant à l'incompétence de la Conférence, c'est une grande erreur que d'invoquer cet argument, et, si MM. les Délégués de France n'avaient pas pris l'initiative, les Délégués de la Turquie en auraient fait la proposition à l'endroit des mesures à prendre contre le choléra. En effet, poursuit M. Bartoletti, la question du tarif ottoman est si intimement liée à l'ensemble des mesures qui seront proposées, que l'exécution d'aucune mesure n'est possible sans cette condition. Comment, dit M. Bartoletti — on veut établir une barrière solide, des garanties sérieuses contre l'invasion du choléra. La Turquie doit prendre à sa charge le rôle le plus rude de la tâche commune et la Conférence lui dirait — faites-en les frais — la question n'est pas sanitaire ! A ce compte, M. Bartoletti est forcé de déclarer, presque *officiellement*, que le Gouvernement Ottoman ne voudra pas continuer à supporter indéfiniment, à lui seul, une charge qui incombe à tous : M. Bartoletti est d'avis que la Conférence travaille en pure perte à proposer des mesures qui ne seront pas exécutées faute de moyens.

Il espère du reste, dit-il en finissant, que cette voie dangereuse ne sera pas suivie, et il propose à la Conférence de prendre acte de la proposition de MM. les Délégués de France et de laisser le temps à ceux qui croient avoir besoin d'instructions de les demander à leurs gouvernements respectifs.

Salem bey dit, que tous les délégués sont d'accord sur l'équité du principe qui sert de base à la proposition française. L'opposition de quel-

ques délégués, vient, pense-t-il, du manque d'instructions, et non pas pour d'autres raisons, car la nécessité de réformer le tarif sur lequel reposent les droits sanitaires de l'Empire Ottoman est admise par tous. Cette question, ajoute Salem bey, intéresse toute l'Europe, et de sa solution dépend la réussite des travaux de la Conférence. Il est donc urgent, d'après lui, de demander l'autorisation de l'aborder et de la traiter. En attendant, dit Salem bey, que chacun soit pourvu de l'autorisation qu'il invoque, je propose qu'une commission soit nommée pour examiner cette question — lorsqu'elle sera portée devant la Conférence, ceux parmi les délégués qui croient nécessaire une autorisation spéciale, en seront probablement munis.

M. le C^te^ de Lallemand dit qu'il ne s'oppose nullement à la proposition de M. Kalergi. Les Délégués du Gouvernement français ne demandent qu'une chose bien simple.—D'abord que la Conférence prenne acte de leur communication et ensuite qu'elle se prononce comme elle l'entend. Mais pour ce qui est des observations présentées par M. Stenersen, M. le C^te^ de Lallemand se voit dans la nécessité de lui rappeler que sa manière de voir touchant la Turquie est inexacte. En effet, dit M. le C^te^ de Lallemand, la position de la Turquie est tout à fait exceptionnelle, et cette position qui lui a été faite par les capitulations détruit toute comparaison entre elle et les autres puissances Européennes. M. Stenersen oublie, poursuit M de Lallemand, que la Turquie ne peut pas prélever des droits sanitaires sans le concours des puissances Européennes et seulement par l'entremise de leurs consuls. — On a tort aussi, continue M. de Lallemand de penser que les droits sanitaires n'intéressent pas la santé publique. Au contraire, ces deux questions sont, dit M. de Lallemand, dans une étroite liaison. Pour sauvegarder la santé publique, il faut prendre des précautions de garantie, arrêter en un mot des mesures qui entraînent à leur suite de grandes dépenses. Ces dépenses, continue M. de Lallemand, ne peuvent avoir d'autre source que les droits sanitaires. Mais ces droits, d'après le tarif en vigueur, sont de beaucoup inférieurs au chiffre de la dépense, et, la Turquie en est extrêmement, et, contre toute justice, grèvée. —

La question donc se réduit à ceci. — Sans les ressources voulues il ne peut pas y avoir un service sanitaire complet, satisfaisant. Le tarif établi en 1840 est tout-à-fait insuffisant, il faut donc le réformer — sans cette

réforme, la Turquie peut se refuser de suivre un système sanitaire qui, au lieu de pèser sur toutes les nations intéressées, pèse depuis longtemps uniquement sur elle seule. — Si cela arrive, la santé publique serait compromise, on l'entend facilement — ce serait en voie de comparaison, prétendre avoir une bonne armée, sans un entretien régulier et une solde suffisante.

M. Fauvel estime qu'au point de vue *du droit* on pourrait se servir de plusieurs considérations qui seraient de nature à simplifier la question qu'on débat. Et d'abord, se demande M. Fauvel, de quoi s'agit-il? Il n'est pas demandé de la part des Délégués Français de trancher, de résoudre la question des droits sanitaires, mais uniquement de la prendre en considération et d'émettre un avis conforme à l'équité et aux droits du Gouvernement Ottoman. Tout le monde, dit M. Fauvel, reconnait que le tarif actuel étant insuffisant il peut être préjudiciable à la santé publique. Toutes les nations qui ont des représentants au Conseil Supérieur de santé ont autorisé leurs Délégués à s'occuper de cette importante question. En effet, dit M. Fauvel, elle a été convenablement étudiée et un rapport s'en est suivi. Ce rapport a été communiqué à tous les gouvernements. Mais, poursuit M. Fauvel, ce rapport n'a pas eu de résultats et cela pour la simple raison que le Gouvernement Turc d'un côté, plus que tout autre intéressé, subissant à lui seul presque toute la charge, n'a pas poursuivi la réforme avec assez d'énergie, et parce que de l'autre côté les puissances qui auraient proportionnellement à subvenir au déficit annuel, ont trouvé plus commode de laisser à la Turquie le surcroît des dépenses. Il faut dire, cependant, ajoute M. Fauvel, que le Gouvernement français a reconnu que la question du tarif mérite d'être prise en sérieuse considération — que de cette question dépend l'existence et l'avenir de l'institution sanitaire, confiée, il est vrai à la Turquie qui est, pour ainsi dire, la gardienne de la santé publique, mais qui intéresse au plus haut degré toutes les nations. C'est pourquoi, dit M. Fauvel, le Gouvernement français a autorisé ses Délégués dans la Conférence sanitaire internationale, où toutes les nations maritimes sont représentées, et qui a pour mission de s'occuper de toutes les questions sanitaires, à la saisir de cette question dans le but d'avoir son avis. C'est, poursuit M. Fauvel, lui reconnaître une importance bien grande et en même temps la déclarer compétente à s'occuper d'une pareille question. La Conférence, j'en suis sûr, conclut M. Fauvel, en s'en

occupant, ne se compromet pas, car elle ne ferait qu'émettre un simple avis sur la manière de couvrir, d'une manière équitable, les frais qui ressortent du service de santé, service dont dépend la santé publique.

M. Monlau prie M. Fauvel de vouloir lui dire si la Turquie avait adhéré aux décisions de la Conférence de 1851.

M. Fauvel répond que la Turquie y avait adhéré mais qu'elle ne les avait pas ratifiées.

M. Stenersen, en réponse à MM. de Lallemand et Fauvel, dit qu'il n'a jamais songé à contester la justesse du principe sur lequel est basée leur proposition, et que personne plus que lui ne peut applaudir aux efforts louables de la Sublime Porte pour maintenir la bonne organisation du service sanitaire en Turquie — seulement, il a contesté et il persiste à contester la compétence de la Conférence à s'occuper, sans autorisation préalable, du règlement des droits quarantenaires dans les ports Ottomans. Il est vrai, ajoute M. Stenersen, qu'il y a une différence dans la position du Gouvernement Ottoman et la position des autres Gouvernements vis-à-vis des étrangers. Mais cette différence, poursuit M. Stenersen, consiste seulement en ceci, que toute mesure touchant les étrangers qui, dans les autres pays, est décrétée par les administrations locales à elles seules, en Turquie est décrétée par l'administration locale conjointement avec les missions étrangères. Il est évident, continue M. Stenersen, que cette différence ne peut en rien influencer la position de la Conférence dont l'autorité vis-à-vis de la Sublime Porte et des missions étrangères reste absolument la même que partout ailleurs vis-à-vis des administrations locales. Pour que l'autorité de la Conférence soit augmentée dans le sens voulu par MM. les Délégués de France, il faut absolument, opine M. Stenersen, que les différents gouvernements confèrent à leurs délégués dans cette assemblée, en vertu de nouvelles instructions, une partie des droits qui reviennent à leurs missions à Constantinople. M. Fauvel a dit, continue M. Stenersen, qu'il ne s'agit pas de prendre une résolution, mais tout simplement d'émettre un avis, mais M. Stenersen nie à la Conférence le droit même d'émettre un avis, ni de s'occuper le moins du monde d'une seule question qui sorte des limites tracés pour ses travaux. Et bien qu'on ait prétendu, poursuit M. Stenersen, que la question des droits quarantenaires est tellement liée à la question du service sanitaire que l'une ne peut pas être résolue sans l'autre, il est

évident qu'il existe aussi un grand nombre d'autres questions qui intéressent plus ou moins directement le service sanitaire et l'hygiène publique sans que pour cela toutes ces questions soient du ressort de la Conférence Quant au tarif, M. Stenersen nie qu'il ait été le résultat de négociations régulières entre la Sublime Porte et les autres gouvernements : le tarif, dit M. Stenersen, a été élaboré par le Conseil de Santé, une assemblée où siégent les délégués de la plupart des puissances maritimes, mais non pas *de toutes* et qui pour les pays non représentés dans son sein ne peut être regardée que comme une réunion de particuliers sans aucune autorité officielle. Parmi les états non représentés se trouve la Suède et la Norwège, et si malgré cela les capitaines suédois et norwégiens ont payé jusqu'ici les droits imposés par le Conseil, ce n'est nullement parce qu'on a reconnu l'autorité de ce Conseil ou accepté le principe de se laisser imposer en Turquie par des étrangers, mais tout simplement parce qu'on a voulu éviter de faire du scandale, scandale qui, cependant dans l'avenir ne fera peut-être pas défaut.

M. Mühlig opine, contrairement à l'avis de plusieurs de ses collègues, que la Conférence est compétente, et qu'elle a le droit de s'occuper de la proposition française sans même recevoir d'autorisation spéciale. Les mesures principales, dit-il, pour prévenir de nouvelles invasions cholériques devront émaner de la Conférence et ce sera la Turquie probablement qui sera chargée de les mettre à exécution et de veiller à ce qu'elles soient convenablement suivies. Il est de toute évidence, dit M. Mühlig, que les charges pèseront sur elle — il faut de nécessité que la Conférence étudie la manière de pourvoir aux dépenses et de les répartir équitablement. C'est ce qu'elle ferait en s'occupant de la proposition de MM. les délégués français.

M. de Krause dit qu'il ne voit aucun inconvénient à prendre acte de la communication de M. le C^{te} de Lallemand. En attendant chaque délégué pourrait, s'il le croit nécessaire, demander à son gouvernement l'autorisation de s'occuper d'une pareille question.

M. de Lallemand avoue que les délégués français ne demandent pas davantage.

M. de Segovia opine qu'il est du ressort de la Conférence de voir si le service sanitaire en général et en particulier est bien organisé, et là-dessus, tout autant que sur toute question de *principe* la Conférence, pense-t-il a

tout le droit et partant la compétence d'émettre un avis. Mais, là, ajoute-t-il, n'est pas la question soulevée par la communication de M. le C^te^ de Lallemand. — Il s'agit de droits sanitaires en détail, de 14 centimes et autres choses, en un mot d'administration intérieure, qui échappe complètement au cercle tracé à la Conférence par les gouvernements qui y sont représentés. Je ne vois pas, ajoute M. de Segovia l'opportunité d'une pareille communication. Elle exige une autorisation spéciale de la part de nos gouvernements, pour qu'elle puisse être prise en considération. J'aurais voulu, continue M. Segovia, que le Gouvernement Ottoman lui-même eût fait la communication dont il est question, alors peut être, munis des instructions nécessaires, nous aurions pu la prendre en considération. Mais aujourd'hui telle qu'elle nous est présentée, elle a trop l'air d'une question d'administration intérieure qui n'est pas de la compétence de la Conférence, et par conséquent, conclut M. Segovia, nous devons en référer à nos gouvernements respectifs avant que de nous en occuper.

M. de Soveral pense que la question est essentiellement de la compétence de la Conférence, d'autant plus, dit-il, que le Gouvernement français qui a pris l'initiative de convoquer la Conférence internationale veut l'investir du droit de s'en occuper. Quel mal, se demande M. de Soveral, pourrait-il en ressortir ? M. Pinto de Soveral propose de l'ajourner pour le moment et de ne la prendre en considération que lorsque la Conférence s'occupera des mesures sanitaires. Les droits du service de santé trouveraient, pense-t-il, à cette occasion le moment le plus favorable.

M. Van Geuns avance que la Conférence tend à sortir du cadre de ses travaux: La proposition française, dit-il, semble tout d'abord manquer d'opportunité. Jusqu'ici la Conférence ne s'étant pas occupée de mesures sanitaires la question de droits sanitaire ne peut pas être abordée. Cette question, selon M. Van Geuns, ne pourrait être prise en considération qu'après que les sujets qui se trouvent dans le 2^e^ chapitre du 3^e^ groupe auraient été discutés. Toutefois avant que de la traiter il faudrait aussi se prononcer sur l'étendue que la Conférence entend donner à ses travaux.

Quant à la compétence de la Conférence pour traiter un pareil sujet, il paraît à M. Van Geuns, que la Conférence devrait plutôt s'occuper des questions à un point de vue *général* et laisser à la diplomatie la tâche de faire des traités internationaux. Indépendamment de ce que la Conférence ferait, peut-être, un travail en dehors de ses attributions en s'engageant

dans des questions de cette nature, il lui faudrait aussi un temps bien long pour s'entendre sur une matière qui a déjà et pendant plusieurs années occupé le Conseil de Santé et les différents gouvernements auxquels on a soumis jusqu'à présent deux tarifs qui n'ont pas, à ce qu'il paraît, satisfait les parties intéressées.

M. Van Geuns se résume en ces termes :

1° Demander une autorisation spéciale pour s'occuper de la proposition française.

2° Imprimer et distribuer à tous les Délégués la communication de M. le C^te^ de Lallemand pour qu'ils puissent l'étudier.

3° Ajourner cette question jusqu'à ce qu'on ait discuté les matières concernant les mesures sanitaires.

M. Fauvel adresse quelques observations à MM. Segovia et Van Geuns. — A M. Segovia il dit, qu'il n'y a pas moyen et moins encore convenance de traiter les questions d'une manière purement *abstraite*, *générale* et pour ainsi dire *platonique*. Il lui fait observer qu'il faut bien descendre dans la question des chiffres lorsqu'il s'agit du Gouvernement Ottoman qui, en vertu des traités, n'a pas le pouvoir d'imposer un tarif, bien qu'il en ait tout le droit puisque c'est lui qui paye pour tous les autres gouvernements les frais du service sanitaire. Il y a des gouvernements qui savent bien, poursuit M. Fauvel, émettre, à la manière de M. Segovia, des principes généraux, mais ils se renferment dans le silence et l'inaction lorsqu'il est question de fournir leur part des dépenses que le Gouvernement Ottoman fait pour le compte de toutes les puissances intéressées. En principe, dit M. Fauvel, les droits de la Sublime Porte sont reconnus, l'équité de la réforme du tarif admise, et, cependant on se refuse de venir à la question des chiffres

Quant à M. Van Geuns, il doit savoir, dit M. Fauvel, que son gouvernement, grâce à M. Millingen qui le représente dans le Conseil de Santé, est parfaitement au courant de la question — cette question n'étant pas nouvelle pour lui, il accordera facilement à ses Délégués les pouvoirs nécessaires pour la traiter.

Pour conclure, dit M. Fauvel, il faut que la Conférence prenne acte de la proposition des Délégués du Gouvernement français, et que chaque Délégué sollicite de son gouvernement les instructions qu'il croit nécessaires pour la discuter en temps opportun.

L'honorable préopinant, dit M. Segovia, soutient que plusieurs gouvernements, tout en reconnaissant la justesse du principe relatif à une réforme du tarif, refusent de se soumettre aux charges qui leur reviennent. M. Segovia s'inscrit contre une pareille assertion — aucun gouvernement, dit-il, et moins que toute autre l'Espagne, bien que malheureusement son commerce en Orient ait perdu de son ancienne splendeur, aucun gouvernement, assure M. Segovia, n'a jamais refusé de payer ce qui lui revient dans la dépense commune. Je désire, ajoute M. Segovia, que M. Fauvel n'insiste pas sur ce point. Que M. Fauvel soit bien persuadé, dit M. Segovia, que la proposition de M. le C^te^ de Lallemand est tout simplement d'ordre administratif — la Conférence ne peut et ne doit s'occuper que de questions de principes.

M. Fauvel répond à M. Ségovia qu'il n'a pas, à ce qu'il semble, des notions assez précises sur les droits et traités qui régissent la navigation en Orient. S'il en était autrement, dit M. Fauvel, il ne doute pas que M. Segovia le premier proclamerait la nécessité de réformer un tarif qui est onéreux à la Turquie, qui menace de ruiner l'institution sanitaire et qui est une œuvre surannée. En 1856, ajoute M. Fauvel, un nouveau droit avait été décrété par le Gouvernement Ottoman, eh bien, personne n'a voulu le reconnaître ni l'accepter. Si l'on veut, conclut M. Fauvel, que l'institution sanitaire se maintienne, il faut que les frais qu'elle nécessite soient assurés par des droits suffisants.

M. Segovia assure à M. Fauvel qu'il connaît aussi bien que tout autre les traités qui régissent la navigation en Orient, mais il ne veut pas, dit-il, se prêter à ce que la Conférence soit transformée et constituée en un Conseil administratif de Santé.

M. Sawas, en sa qualité de Délégué auprès du Conseil Supérieur de Santé, se croit en devoir de déclarer qu'il a été un de ceux qui avaient adhéré au principe de la réforme du tarif ; car le service sanitaire Ottoman, fait-il observer, a réellement besoin d'une augmentation de tarif, et il a le droit de l'exiger. Mais aujourd'hui, dit M. Sawas, on a soulevé, grâce à la communication de M. le C^te^ de Lallemand, une question de compétence, question sur laquelle il n'est nullement édifié, malgré tout ce qu'on a dit en sa faveur et il ne saurait l'être, sans demander et recevoir des instructions spéciales. Il ne doute pas que si la Conférence se déclarait compétente, son Gouvernement, auquel il demanderait des

ordres en conséquence, lui imposerait d'appuyer en tout point ses honorables collègues, les Délégués de la Sublime Porte. Pour le moment, dit M. Sawas, il ne peut que s'abstenir de prendre part à la discussion et plus encore au vote, si la Conférence s'engage dans l'une et passe à l'autre

M. de Lallemand, croyant suffisamment éclairée l'honorable Conférence à ce sujet, formule la proposition suivante :

La Conférence prend acte de la communication de MM. les Délégués du Gouvernement français, et renvoie l'examen de la question du tarif des droits sanitaires Ottomans au moment où MM. les Délégués auront reçu l'autorisation de la traiter. —

M. Stuart s'y oppose ; de son côté, il formule cette proposition :

« La Conférence ne pouvant prendre en considération la proposition de MM. les Délégués du Gouvernement français, faute de compétence, passe à l'ordre du jour. »

M. Fauvel dit qu'il considère comme un *mauvais procédé* la proposition formulée par l'honorable M. Stuart. On traite, dit-il, la proposition française comme si elle renfermait quelque chose d'immoral, comme si elle n'émanait pas du Gouvernement français.

M. de Lallemand s'exprime dans le même sens.

M. Stuart assure MM. les Délégués de France qu'il n'a eu nulle intention de les blesser, qu'il n'y a pas même l'ombre d'un mauvais procédé de sa part. S'il propose de passer à l'ordre du jour, c'est parce qu'il considère la Conférence incompétente à s'occuper de leur proposition.

M. Bartoletti veut que dans le procès-verbal il soit constaté que selon les Délégués Ottomans, la question du tarif est intimement liée à la question sanitaire et à toutes les questions dont s'occupe la Conférence. La proposition française, dit-il, est de la plus haute importance pour la sauvegarde de la santé publique. Que l'on sache, dit-il, encore une fois, que si la question du tarif n'est pas résolue dans le sens de l'équité, le service sanitaire ne pourra pas exister ; car le Gouvernement Ottoman sera peut-être forcé à ne plus vouloir supporter à lui seul tous les frais du service sanitaire.

MM. de Soveral et Salem Bey appuient M. Bartoletti.

M. Pinto ajoute — que le procès-verbal constate que je suis d'un avis tout à fait opposé à celui de M. Segovia — qu'il y soit dit que je considère la Conférence très-compétente, tout entière ou la partie diploma-

tique seule si on veut, à s'occuper des questions administratives.

M. Stenersen fait observer à l'honorable Conférence que MM. les Délégués de France ont consenti à renvoyer à une autre séance la discussion de leur proposition. La dernière formule de la proposition de M. le C^te^ de Lallemand est conforme, dit M.Stenersen, à sa proposition touchant le renvoi de la discussion. Comme un parfait accord, dit M. Stenersen en finissant, s'est établi de tout côté, on peut procéder au vote sans prolonger davantage la discussion.

Sur l'avis de la Conférence, S. Exc. le Président met aux voix les différentes propositions.

M. de Lallemand désire que la proposition de M. Stuart soit votée la première. Seulement, il demande, pour que son Gouvernement connaisse ceux qui ont voté contre sa proposition, qu'on procède au vote par l'appel nominal.

S. Exc. le Président met aux voix la proposition de l'honorable M. Stuart. Elle est rejetée.

Ont voté en faveur de la proposition de M. Stuart: MM. Keun — Stuart Goodeve. (3)

On voté contre la même :

MM. Segovia — Monlau — Spadaro — Lallemand — Fauvel — Kalergi — Bosi — Vernoni — Van Geuns — Gomez — Soveral — De Krause Mühlig — Lenz — Hübsch — Stenersen — Bartoletti — S. Exc. Salih Efendi. (18)

Abstentions : M. Vetsera — M. de Noidans — M. Sotto — M. Sawas — Malcom-Khan — M. Pelikan. (6)

MM. de Soveral et Kalergi déclarent qu'ils retirent leurs propositions.

Sur la demande de M. Stenersen, qui fait remarquer qu'il y a deux propositions françaises bien distinctes, S. Exc. le Président met aux voix la seconde proposition de MM. les Délégués du Gouvernement français, qui est en même temps celle de M. Stenersen lui-même et qui est ainsi conçue.

La Conférence prend acte de la communication de MM. les Délégués du Gouvernement français, et renvoie l'examen de la question du tarif des droits sanitaires Ottomans au moment où MM les Délégués auront reçu l'autorisation de la traiter.

Ont voté pour = 20 Délégués :

MM. Noidans — Segovia— Monlau — Spadaro — Lallemand —Fauvel — Kalergi — Vernoni — Bosi — Van Geuns — Malcom-Khan — Pinto de Soveral — Gomez — De Krause — Mühlig — Lenz — Stenersen — Hübsch — Bartoletti — S. Exc. Salih Efendi.

On voté contre quatre, Délégués:

MM. Vestera — Sotto — Stuart — Goodeve. —

Abstentions trois :

MM. Keun — Sawas — Pelikan.

M. le C^te^ de Lallemand demande à l'honorable Conférence si elle entend avoir imprimée sa communication,

La Conférence ayant répondu affirmativement, M. de Lallemand la remet à MM. les Secrétaires pour qu'ils agissent en conséquence.

S. Exc. le Président invite l'honorable Conférence à vouloir passer, après quelques minutes de repos, aux questions portées à l'ordre du jour.

La première, étant la suite de la discussion du rapport sur le 3^me^ groupe du programme, S. Exc. accorde la parole à M. Monlau qui remplace le rapporteur, M. Pélikan.

M. Monlau entreprend la lecture, paragraphe par paragraphe, de la partie non discutée du rapport, en commençant par le titre de la première section :

— Préservation des mesures hygièniques locales.

MM. Bartoletti et Salem bey font observer à M. Monlau qu'il faudrait commencer par discuter le titre de la première section.

M. de Lallemand et plusieurs délégués rappellent à M. Monlau que la Conférence dans sa précédente séance avait décidé de supprimer le mot—*locales*.

M. Monlau y consent.

M. Mühlig demande la parole pour présenter quelques observations touchant la distribution générale du rapport en 3 sections ou groupes.

Dans la dernière séance, dit-il, on a décidé de maintenir la division en trois sections, d'après le rapport de la Commission. Plus tard, M. Mühlig s'est aperçu, qu'il y a des questions qui ne figurent dans aucun des groupes—cependant, il y a des questions bien importantes qu'il faudrait y faire entrer. C'est pourquoi, M. Mühlig, propose d'y ajouter une quatrième section, dans laquelle on ferait entrer les questions dont il entend parler.

Le troisième groupe du rapport de la Commission, poursuit M. Mühlig,

porte pour titre — Préservation par des mesures sanitaires spéciales pour l'Orient.

Qu'est-ce que cela signifie, se demande M. Mühlig ?

C'est qu'il doit y avoir un ordre de mesures concernant l'Occident, un ensemble, un système de mesures bien différent du système des mesures combinées nécessaires pour l'Orient.

Or, un pareil groupe de mesures, continue M. Mühlig, n'existant pas dans le rapport, il serait utile d'y ajouter une quatrième section exclusivement consacrée aux mesures spéciales pour l'Occident, c'est-à-dire pour l'Europe. Ce groupe de mesures, ajoute M. Mühlig, pourrait être étudié par la même Commission qui devra étudier le 3me groupe.

M. Monlau s'oppose formellement à ce qu'une pareille addition ait lieu. Dans le quatrième paragraphe de la première section, dit-il, et aussi dans d'autres endroits se trouvent les questions indiquées par M. Mühlig : D'après lui il faudrait les grouper dans une section à part, mais la Commission ne voit nulle nécessité de le faire.

M. Mühlig insiste sur la nécessité d'adopter pour l'Europe des mesures toutes différentes de celles que la Commission conseille pour l'Orient.

M. Polak combat la proposition de M. Mühlig. Les mesures, dit-il, à adopter pour l'Europe ne peuvent pas être désignées d'une manière toute spéciale — elles ne peuvent pas lui être particulières, et on les trouve parmi celles qui figurent dans le rapport.

M. de Krause, à l'appui de la proposition de M. Mühlig, présente les considérations suivantes :

S'il a bien compris, dit-il, ce qu'a dit M. Mühlig, c'est qu'il croit que par l'examen des mesures prophylactiques on serait amené à adopter des mesures différentes dans les différents pays qu'il s'agit de préserver. La Commission elle-même, continue M. de Krause, a senti la justesse de cette prévision : sans cela elle n'aurait pas parlé de mesures spéciales pour l'Orient. La proposition d'ajouter un 4me groupe embrassant les mesures à prendre en Europe n'est donc que le complément de l'idée de la Commission qui, selon M. de Krause, ne saurait s'y opposer.

M. Lenz croit aussi que la classe que M. Mühlig désire ajouter se trouve en plusieurs endroits du rapport.

D'après M. Fauvel, il faudrait attendre que la discussion portât sur le 3me groupe, pour placer convenablement la proposition de M. Mühlig.

Alors seulement, dit M. Fauvel, on pourrait voir si elle est nécessaire — indispensable — pour le moment M. Fauvel trouve, qu'elle est déplacée et il propose de passer outre.

M. Mühlig y adhère, mais il trouve que la question de la désinfection, qui est la première en importance à étudier, devrait être placée en tête de la 3me section.

M. Segovia fait observer à M. Mühlig que la Commission du rapport qu'on discute n'a fait que suivre son exemple. En effet, dit M. Segovia, M. Mühlig lui-même a placé dans le programme des travaux de la Conférence la question de désinfection dans le premier paragraphe du 1er titre. Aujourd'hui, poursuit M. Segovia, il change d'avis, pouvait-on le prévoir ?

M. Polak fait de même observer à M. Mühlig, qu'on ne pourrait pas commencer un traité d'hygiène ayant pour premier chapitre les désinfectants. Il démontre que là où la Commission les a placés, ils s'y trouvent parfaitement.

M. Pélikan se range à cet avis — pour ce qui est du premier paragraphe, il voudrait que l'on effaçât les mots : *dans les Indes*.

La proposition de M. Pélikan n'est pas acceptée.

M. Fauvel opine de son côté et conformément à la manière de voir de M. Mühlig, que la question de *désinfection*, plus importante que toute autre, et qui est appelée à jouer un grand rôle dans les mesures d'hygiène, n'est ni bien indiquée ni à sa véritable place. En effet, dit M. Fauvel, les mesures hygièniques, proprement dites, sont comprises dans les paragraphes — deux et trois — de la première section — les autres paragraphes ne comprennent que des mesures quarantenaires Or, dans le rapport, poursuit M. Fauvel, il est dit — moyens de désinfection — mais quels sont ces moyens ? on ne le dit pas, et, cependant, il y en a de plusieurs ordres. Cette question, ajoute M. Fauvel, est tellement importante que si on trouvait des désinfectants efficaces, et d'une vertu sûre et générale, la question des quarantaines deviendrait tout à fait secondaire. Mais il n'en est pas ainsi, car malheureusement la science ne connait pas des moyens désinfectants bien sûrs.

Comme il y a un immense avantage à bien poser les questions, à les classer nettement, M. Fauvel croit que le travail de la Commission gagnerait en intérêt si elle transportait le premier paragraphe au 3me, le quatrième au second, une partie du 3me au second.

M. Monlau et Pélikan démontrent que le premier paragraphe est bien placé et à l'appui ils se servent de plusieurs arguments.

M. Mühlig soutient que le système de la Commission pêche par la base, voilà pourquoi, dit-il, il n'y a pas moyen de s'entendre. M. Mühlig pense que pour résoudre la question, s'il y a moyen d'éteindre le choléra dans les Indes, il faudrait que la Conférence examinât d'abord quels sont les moyens efficaces dont on dispose contre le choléra.

M. Mühlig ajoute encore qu'au second paragraphe, on devrait ajouter les *abattoirs*.

M. Van Geuns est d'avis que M. Mühlig se préoccupe trop de la question de désinfection. Assainir les pays non-seulement par des désinfectants, mais par tous les moyens hygièniques en notre possession, telle est. dit M. Van Geuns, la grande question. La désinfection, ajoute-t-il, suppose l'infection existante — mais les gouvernements et les hommes de l'art ne doivent avoir qu'un grand, et unique souci — celui d'empêcher que l'infection se produise — d'en éteindre pour toujours les foyers,de la prévenir avec des moyens radicaux.

Le 3^{me} groupe, dit M. Van Geuns a une toute autre tendance, car il s'occupe des moyens d'entraver la marche du choléra.

M. Bykow présente les remarques suivantes :

Il partage, dit-il, complètement l'opinion de MM. Fauvel et Mühlig et il est d'avis que la première question qui se rattache à des mesures hygièniques applicables aux Indes doit être transportée dans la troisième section, car autrement à quoi servirait cette dernière section si les sujets qui s'y rattachent par leur nature se trouvent dispersés dans plusieurs sections.

M. Bykow propose lui aussi de porter ce premier paragraphe de la première section à la 3^{me} section, à la place qui lui convient. Quant à la question — interruption temporaire des communications, il est sûr, continue M. Bykow, que l'on considère partout l'interruption comme une mesure quarantenaire, même d'après la définition de M. Monlau, qui a établi, à la précédente séance, que la différence entre les mesures hygièniques et quarantenaires consiste en ce — qu'un homme soumis à une mesure hygiènique se trouve libre de se transporter où il veut, tandis qu'une mesure quarantenaire fixe son séjour et lui ôte la liberté de passer d'un lieu dans un autre. Eh bien, poursuit M. Bykow, lorsqu'on intercepte

des communications on ôte aux personnes soumises à la mesure le droit de se transporter en dehors des limites prescrites — on l'assujettit donc à une *quarantaine* Aussi, M Bykow est d'avis de transporter cette question à la seconde section.

Quant à la désinfection, M. Bykow croit, que sans traiter cette question à part comme le voudrait M. Mühlig, il serait utile de la placer au 3me paragraphe, parmi les mesures de police sanitaire. Plusieurs Délégués demandent que les propositions de M. Mühlig et le rapport de la Commission dans son économie primitive, soient mis aux voix.

La place désignée par la Commission à chacun des paragraphes est maintenue à la majorité de 16 voix contre 10.

Pour ce qui est du 2me paragraphe, M. Mühlig voudrait y voir figurer les abattoirs sur lesquels il revient.

M. Monlau répond que lorsqu'il sera question de l'assainissement des villes en général, la question des abattoirs y sera comprise ainsi que beaucoup d'autres choses que la Commission s'est bien gardée de spécifier. Ainsi, pense-t-il, cette addition par trop subtile serait superflue.

M. Mühlig dit que l'hygiène navale, dont il est question à la fin du 2me paragraphe, est indiquée d'une manière très vague et très générale. — D'après lui, l'*hygiène navale* devrait comprendre toutes les mesures à prendre relativement aux navires exposés à la contamination cholérique, soit pour prévenir la formation de foyers à leur bord, soit pour éteindre les foyers y existant.

M. Bykow opine que cette question trouverait mieux sa place parmi les questions de la 3me section. Elle ne devrait en aucun cas, dit-il, figurer parmi les mesures concernant l'assainissement des villes. Les mesures qui peuvent être appliquées aux navires à leur départ, pendant le trajet et à leur arrivée, devraient, pense M. Bykow, trouver leur place dans le règlement quarantenaire de chaque pays. Ainsi, M. Bykow conclut, qu'il serait plus logique de mettre la question de l'hygiène navale au paragraphe n° 16 de la 2e section, où l'on parle de la désinfection des navires.

M. Monlau réfute longuement les idées de MM. Muhlig et Bykow et démontre que la Commission ne pourrait y adhérer sans *nuire au plan général de son travail.*

M. Dickson est d'avis qu'il faudrait diviser les questions d'hygiène en 3 classes — hygiène navale — hygiène urbaine— et hygiène militaire, dans

laquelle on comprendrait les agglomérations, telles que *foires*, pèlerinages, etc. Chacune de ces catégories, dit M. Dickson, comprendrait les différentes questions qui s'y rattachent et leur étude serait plus probable et plus pratique.

M. Gomez tient à constater que la Commission n'a pas entendu faire un traité d'hygiène. La Commission, dit-il, n'a voulu que toucher à presque toutes les questions d'hygiène qui ont plus ou moins de rapport avec le choléra — la question des égoûts devrait cependant, d'après M. Gomez, en faire exception, car il est presque démontré aujourd'hui que la source principale qui propage la maladie réside dans les *excreta* des cholériques. On ne pourrait pas en dire autant, ajoute M. Gomez, des abattoirs, qui n'influencent que très peu la marche ou la violence du choléra. Les mêmes considérations, conclut-il, se rattachent à l'importance plus ou moins grande de l'hygiène navale, de l'hygiène des villes etc. à l'égard du choléra. Une bonne hygiène a de l'influence sur toutes les épidémies tout autant que sur le choléra.

M. Sawas déclare qu'il adhère complètement à la manière de voir de l'honorable préopinant, seulement il voit la nécessité de faire pour l'Orient une exception en faveur des abattoirs dont l'état primitif où ils se trouvent leur donne une grande importance. Par conséquent M Sawas propose d'ajouter le mot *abattoirs*, avant le mot *latrines* et qu'on vote l'article *tel quel.*

M. Fauvel est d'avis que pareille addition n'est d'aucune valeur. — Ce sont des détails, pense-t-il, qui sont étudiés et appréciés à leur juste valeur dans le rapport général — pour le moment, dit M. Fauvel, la Conférence, ayant décidé de ne pas s'astreindre dans ses travaux à un ordre méthodique, à une méthode rigoureuse, il n'est pas nécessaire de s'appesantir sur de pareils détails,

M. Mühlig dit que dans ce cas mieux vaudrait d'accepter le rapport en bloc, et de laisser aux Commissions qui seront appelées à étudier les différents groupes des questions, d'y mettre de l'ordre, en rangeant les nombreux sujets qui s'y rapportent d'après leur nature et leurs rapports réciproques.

Plusieurs Délégués appuient la proposition de M. Mühlig, mais MM. Fauvel et Sawas la combattent en alléguant des raisons que la Conférence a appréciées lorsqu'elle a décidé de discuter le rapport section par section et chaque paragraphe séparément.

La Conférence prie S. Exc. le président de mettre aux voix les deux paragraphes de la première section du rapport.

S. Exc. le Président met aux voix la première section comprenant les deux premiers paragraphes, tels qu'ils sont dans le rapport.

La première section et les deux paragraphes y compris sont adoptés *tels quels* à la majorité de 18 voix contre 3.

Plusieurs Délégués proposent de se réunir samedi prochain, 2 juin, d'autres le lundi 4 juin.

S. Exc. le président ayant fait voter, pour lundi, il y a eu 14 voix — pour samedi 15 voix.

La prochaine réunion de la Conférence aura lieu samedi (2 juin).

Ordre du jour de la prochaine séance :

1° Suite de la discussion du rapport concernant le 3me groupe du programme ;

2° Lecture et discussion du rapport général.

Le séance est levée à 4 heures 3/4.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Dr NARANZI. — Bon DE COLLONGUE.

RAPPORT

DE LA COMMISSION CHARGÉE PAR LE CONSEIL DE SANTÉ

D'ÉLABORER UN PROJET

DES TARIFS DES DROITS SANITAIRES

DANS L'EMPIRE OTTOMAN.

Membres de la Commission :

MM. Fevzi Efendi.
Dickson.
Endasian.
Fauvel.
Le Bidart.
Marchand.
Bartoletti, Rapporteur.

Messieurs,

Depuis que vous avez reconnu la nécessité de réviser le tarif des droits sanitaires, cette question a pris, par le fait des circonstances, un caractère d'urgence de plus en plus pressant, et vous avez chargé une Commission d'élaborer un projet de réforme équilibrant la perception des droits avec les besoins du service. C'est ce projet que nous avons l'honneur de vous présenter aujourd'hui et qui nous semble devoir répondre aux exigences de la situation.

Déjà, dès l'année 1856, le Conseil de Santé s'était occupé de l'augmentation de la taxe sanitaire, mais soit à cause des défauts inhérents au

projet qui avait été formulé à cette époque, soit pour des raisons qui en étaient indépendantes, ce projet est demeuré sans résultat, bien que sanctionné par Iradé Impérial. En attendant le mal s'est accru, les affaires sont en souffrance par suite du manque de fonds, et le service est menacé d'une dissolution, lente, mais peut-être inévitable.

Instruite par l'insuccès de ce premier essai de réforme, votre Commission s'est particulièrement attachée à éviter les écueils qui l'on fait échouer. Elle s'est entourée de tous les éléments d'information propres à éclairer le sujet, elle a recueilli des chiffres, aussi exacts que possible, sur le mouvement de la navigation en Turquie, sur la recette des quarantaines et sur la dépense que coûte annuellement le service, et, à l'aide de ces renseignements statistiques, elle a dressé un plan, non sans doute d'une justesse absolue, mais très rapprochée de la vérité.

Couvrir les frais du service par ses propres ressources, en grèvant le moins possible les contribuables, tel est le but que la Commission s'est proposé d'atteindre. Ce principe, consacré par la Conférence sanitaire internationale de Paris, avait aussi servi de base au tarif de la Turquie en vigueur depuis 1838 ; mais fondé sur l'éventualité des quarantaines, qui de fréquentes qu'elles étaient à l'époque de la peste, ne sont qu'une rare exception depuis que la santé publique s'est partout améliorée, ce tarif n'offre plus qu'un produit insuffisant et fort au-dessous des besoins auxquels il est appelé à subvenir En effet, les revenus de la quarantaine diminuant progressivement et, pour ainsi dire, en raison inverse des succès obtenus, il s'en est suivi un déficit toujours croissant auquel le Gouvernement a dû suppléer moyennant une subvention annuelle de plusieurs millions. Mais, en attendant, l'état financier du pays exigeant impérieusement des économies dans toutes les branches de l'administration publique, le service des quarantaines y a été compris, et à deux reprises successives, en 1854 et 1859, des réductions ont été faites dans ses dépenses jusqu'à concurrence de deux millions sur six. Le personnel a été alors mutilé par des suppressions intempestives et les traitements ont été restreints à un minimum insuffisant. De telles mesures regrettables, mais devenues nécessaires ont profondément atteint l'organisation du service, car les bons sujets se refusent à des conditions aussi désavantageuses et l'Administration est forcée de confier des intérêts très-délicats à des employés médiocres et parfois incapables. Nous pourrions malheureusement

citer des exemples de cette infériorité relative du personnel actuel avec le passé de l'Institution. Or, Messieurs, rétablir la balance entre les recettes et les dépenses, c'est maintenir en état de fonctionner convenablement une institution nécessaire à la sécurité des communications internationales, aux intérêts de toutes les marines qui naviguent dans les mers du Levant. Qu'on se figure en effet, un moment ce que causerait d'entraves au commerce et de perturbation dans tous les rapports de l'Occident avec l'Orient, nous ne dirons pas l'éclat d'une épidémie dans les parages de la Turquie, mais le bruit seul d'une maladie suspecte, sans qu'un personnel de médecins instruits et d'agents vigilants et honnêtes soit là pour le démentir ! Il est évident que la méfiance qui s'en suivrait, exagérée par des craintes légitimes, porterait atteinte à de trop grands intérêts pour qu'il soit prudent de risquer une éventualité si fâcheuse.

Pour arriver d'ailleurs à l'équilibre qu'elle vous propose, la Commission, comme nous l'avons dit plus haut, n'avait pas à changer de principe, mais seulement à trouver le moyen d'élever le chiffre des recettes. Alors deux modes de perception se sont présentés à son choix: l'un c'était d'augmenter les droits des formalités sanitaires sur la base du tarif actuel ; l'autre, de prélever une taxe unique et uniforme proportionnellement au tonnage des navires. La Commission, tout bien examiné, n'a pas hésité à s'arrêter à ce dernier système de recouvrement qui est à la fois plus pratique et plus équitable que le premier, car il s'applique, sans dinstiction de catégories, à tous les navires, suivant la capacité et les opérations de chacun. C'est d'ailleurs ce même système qui est adopté, à peu de chose près, par les Etats de la Méditerranée qui ont réformé leurs réglements suivant les principes de la Conférence sanitaire internationale de 1852.

Ce serait un puissant argument à faire valoir ici, que de rappeler les services que l'institution des quarantaines a rendus, depuis sa fondation en Turquie, tant à la santé publique en général qu'aux relations commerciales de tous les pays, services incalculables et qui compensent largement les sacrifices qu'on demande à la navigation pour son entretien Mais ce côté de la question, tout important qu'il est au point de vue de l'augmentation de la taxe sanitaire, conduirait loin du sujet principal de ce rapport; aussi la Commission se limite-t-elle à constater le fait pour passer de suite à l'examen du projet de tarif qu'elle vous propose.

La dépense annuelle de l'Administration monte, en chiffres ronds, à la

somme de 4.250,000 piastres dont 3,900,000 affectées à la solde du personnel et 350,000 aux frais de bureau et d'entretien ; la recette actuelle est, ene moyenne, de 1,000,000 de piastres par an (voir le tableau annexé au rapport). Il reste donc à complèter un déficit de piastres 3,500,000 pour arriver à l'équilibre de la dépense avec la recette. Le jaugeage général de la navigation en Turquie étant évalué en moyenne et déduction faite des doubles relâches, à 6,000,000 tonneanx par an, la Commission propose un taxe de 26 paras par tonneau, ce qui donnerait pour résultat une somme de 3,900,000 piastres. En imposant en outre 4 paras par tonneau aux bateaux à vapeur-poste, non compris dans l'évaluation générale des 6,000,000 de tonneaux, on arriverait approximativement à un produit annuel de 350,000 piastres, ce qui forme un total de piastres 4,250,000, soit une somme égale à la dépense de l'Administration.

Ce système admis, en voici les combinaisons, tendant à la fois à en préciser l'application et à rendre la taxe aussi peu onéreuse que possible :

Tout navire, quelles qu'en soient la provenance et la capacité, payera un droit de reconnaissance de 26 paras par tonneau au port de première arrivée et une seule fois pendant le cours d'une même opération. Les navires jaugeant 801 tonneaux et au-dessus ne payeront le droit que pour 800. Les bateaux à vapeur-poste, faisant des voyages régulier à jours fixes et obligatoires, payeront, à chaque relâche, un droit de reconnaissance de 4 paras par tonneau.

Quant aux droits éventuels de quarantaine, la Commission propose de les supprimer en n'en maintenant que quelques-uns, à titre de remboursement de frais occasionnés par le fonctionnement des lazarets et la purification des navires et des marchandises, frais non compris dans la supputation de la dépense générale du service. Tels sont: le payement des gardes de Santé à raison de 20 piastres par jour, un droit de séjour au lazaret de 5 piastres par jour et par personne, et un droit sur les marchandises sujettes à purification : Pour les articles emballés par 100 ocques 2 piastres et demie, pour les cuirs les 100 pièces 3 piastres et pour les petites peaux non emballées 2 piastres et demie les 100.

Ainsi demeurent supprimés, et la taxe sur les navires en quarantaine et les droits d'arraisonnement, de patente et de visa qui, sous le tarif précédent, ont constitué les sources principales de revenu. Sont en outre exemptés de la taxe, comme par le passé, les bâtiments de guerre, les

bateaux de pêche et les navires en relâche forcée, pouvu qu'ils ne reçoivent pas la libre pratique et qu'ils ne se livrent pas à des opérations de commerce dans les ports où ils abordent.

Telle est, dans son ensemble, la formule à laquelle s'est arrêtée la Commission de préférence à toute combinaison d'un tarif gradué par catégories de navires. C'est ainsi que nous avons écarté le projet d'un droit de reconnaissance de 30 paras par tonneau pour les navires arrivant d'un port étranger dans un port ottoman, de 20 paras pour les navires naviguant d'un port ottoman à un autre port ottoman, de 10 paras pour les navires de cette dernière catégorie jaugeant 50 tonneaux et au-dessus et de 10 paras par tonneau pour les bateaux à vapeur-poste. Il en a été de même d'une variante de ce même système proposant une taxe de 30 paras par tonneau pour les navires à voiles, de 20 paras pour les bateaux à vapeur non-postaux et pour les navires de 25 tonneaux et au-dessus et de 5 paras pour les bateaux à vapeur-poste. Ce système juste, en apparence, à cause de la différence généralement admise dans tous les tarifs, ne l'est peut-être pas en réalité et moins encore dans les conditions particulières à la Turquie que voici : La marine ottomane de commerce se compose principalement de petits navires qui exploitent le cabotage. Elle est nombreuse, mais d'un tonnage si faible que la taxe de 26 paras lui sera aussi légère que l'ancien droit. Nous ne parlons pas ici des bâtiments de grandes dimensions qui entrent dans la catégorie générale. D'un autre côté, si l'on diminuait la taxe des petits navires pour augmenter en proportion celle des grands, la charge pèserait beaucoup plus sur la navigation étrangère que sur celle de la Turquie. Or, la Turquie, nous le reconnaissons, doit, elle aussi, contribuer dans la mesure de sa propre marine aux frais de ses quarantaines. Il est donc juste que la navigation côtière y fournisse un contingent proportionné à son tonnage et à ses opérations. Tels sont les motifs qui ont guidé la Commission dans le choix qu'elle a fait, entre les diverses combinaisons qui ont été proposées, d'une taxe unique de 26 paras et également applicable à tous les navires quelles qu'en soient la provenance et la capacité, sauf toutefois les exceptions dont nous allons parler tout à l'heure.

En effet, nous dira-t-on, la Commission s'est proposé en principe une taxe unique sans distinction de catégories, pourquoi dès lors fixer un maximum de tonnage où s'arrête la taxe, et pourquoi le droit de 26 paras

d'une part et de 4 paras de l'autre? Et ne serait-il pas plus rationnel de supprimer ces différences?

Certes, si la Commission n'avait pas à tenir compte des difficultés qui peuvent surgir et qui à une autre époque ont fait manquer le projet du tarif, elle aurait pu risquer de passer outre à des exigences que nous croyons d'ailleurs assez fondées pour mériter qu'on leur donne satisfaction. Partant de cette considération et après avoir calculé que le droit de 26 paras sur six millions de tonneaux donnerait une recette de 3,900,000 piastres, la Commission a pensé pouvoir prendre pour limite de la taxe la capacité de 800 tonneaux. C'est là du reste un petit sacrifice qui porte sur un nombre de navires notoirement restreint et qui, tout en facilitant l'acceptation du tarif, ne dérange en rien le système de l'égalité de la taxe.

Quant au droit de 26 paras, équivalant à 14 centimes, c'est le minimum que la Commission a pu proposer pour obtenir une recette de 3,900,000 piastres. Ce droit, inférieur aux tarifs de la plupart des Etats de la Méditerranée, le maximum du tarif français étant de 15 centimes et celui des ports italiens de 80 centimes, la Commission l'a calculé de manière à ce que, combiné avec la taxe de 4 paras imposée aux bateaux à vapeur-poste il fournît la somme correspondant aux dépenses du service.

Le chiffre de 4 paras qu'on demande aux bateaux-poste est d'ailleurs loin d'être arbitraire; il repose sur les motifs réels que voici: Les bateaux-poste touchent à presque toutes les échelles de quelque importance du littoral si vaste de l'Empire ottoman; il font des voyages obligés à jours et à heures fixes; ils remplissent par conséquent des charges onéreuses auxquelles n'est point assujettie la navigation libre tant à voiles qu'à vapeur. Mais la raison qui justifie pleinement la différence de la taxe entre les deux catégories de navires dont il s'agit, c'est que les bateaux-poste payent le droit de 4 paras à chaque relâche ou station, tandis que les autres navires ne doivent la taxe de 26 paras qu'une seule fois pendant le cours d'une même opération, et cette différence sera mieux comprise encore par la définition que nous allons donner de la clause qui établit que le droit de reconnaissance ne sera perçu qu'une seule fois pendant le cours d'une même opération.

Cette clause a pour but d'affranchir d'une nouvelle redevance les navires qui toucheraient plusieurs ports après avoir acquitté la taxe au port de première arrivée. C'est ainsi, pour citer un exemple pratique, qu'un

navire partant de Marseille ou de Trieste et allant à Salonique payerait la taxe à ce port de première arrivée. Si ce même navire, après avoir, débarqué à Salonique une partie de sa marchandise, touche successivement à Constantinople et à Varna où il dépose le reste de sa cargaison sans rien embarquer, il est censé n'avoir fait qu'une seule et même opération et, dans ce cas, il ne doit aucun supplément de taxe. Mais si, au contraire, soit à Salonique, soit à Constantinople, il embarque de la marchandise ou des passagers à destination de Varna, il fait une nouvelle opération de commerce qui est sujette à la taxe. En d'autres termes, l'unicité de l'opération consiste en le débarquement, soit dans un port, soit dans plusieurs successivement, de la marchandise enbarquée au premier port de départ, et il n'y a de nouvelle opération faite que tout autant que la fraction débarquée dans un port intermédiaire est remplacée par de la nouvelle marchandise. C'est dans cette dernière condition qu'un navire est sujet à payer de nouveau la taxe au port d'arrivée subséquent. En conséquence, la clause de l'unicité de l'opération, qui est favorable à la navigation en général, ne l'est point à l'égard des bateaux-poste qui font des opérations d'embarquement à tous les ports qu'ils abordent, et c'est ce qui achève de justifier la différence de la taxe de 26 et de 4 paras.

Le document qui fait foi de l'état sanitaire du lieu de départ, c'est la patente. Obligatoire pour tous les navires, à l'exception des bateaux de pêche et, dans certains cas, des bâtiments de guerre, la patente de Santé constatera l'acquittement des droits et, le cas échéant, le renouvellement des opérations, par des annotations que l'autorité sanitaire des ports de relâche aura soin d'y opposer. La patente devra, par conséquent, être la même d'un bout à l'autre du voyage et ne sera, dans aucun cas, changée contre une nouvelle patente qu'au voyage de retour.

Après avoir formulé le projet de tarif, il reste à la Commission une autre tâche à remplir pour lui assurer toutes les conditions nécessaires de succès. Elle appelle donc, Messieurs, votre attention sur les propositions complémentaires qui vont suivre.

La recette peut couvrir le chiffre prévu de 4,250,000 piastres, et alors il y aura équilibre ; mais aussi elle peut surpasser cette somme, ou bien ne pas l'atteindre. Dans ce dernier cas, il est tout naturel que ce soit au Gouvernement Impérial de combler le déficit, et la Commission n'a pas à y insister. Si, au contraire, il y a excédent, après avoir satisfait à toutes

les nécessités du service, le surplus sera mis en réserve pour le cas de déficit subséquent, et ainsi de suite pendant trois ans consécutifs. Au bout de ce temps, la Commission vous propose de passer à la révision du tarif et de le modifier suivant les indications acquises à l'expérience des trois années. Il est bien entendu en outre que les frais de nouvelles constructions et les dépenses extraordinaires nécessitées par l'éclat d'une épidémie dans une localité quelconque de l'Empire ottoman sont et demeurent à la charge du Gouvernement. Enfin, pour assurer le résultat final du nouveau tarif, qui consiste à défrayer le service par ses propres ressources, il importe que le montant des fonds, concentré dans une caisse spéciale, soit tout entier à la disposition de l'Administration sanitaire. A cet effet, la Commission propose que le maniement des fonds soit exclusivement dévolu au Conseil de Santé qui d'ailleurs représente, dans sa constitution, les intérêts de tous les contribuables. Le Conseil encaisserait par ses agents, les droits sanitaires, ferait directement les frais du service et en rendrait compte au Gouvernement à des intervalles déterminés. En d'autres termes, le Conseil aurait l'Administration des fonds sous le contrôle du Gouvernement, et il en serait de cette partie du service comme il en est de la nomination des employés, de la fixation des dépenses qui incombent au Conseil, sauf approbation du Gouvernement. Ainsi, l'Administration sanitaire, séparée comme elle est de toute autre administration et indépendante dans sa marche sous le contrôle du Gouvernement, le serait de même en ce qui concerne la perception des droits et les dépenses du service.

Messieurs, la Commission s'est efforcée, dans le travail qu'elle vous présente, de ménager tous les intérêts, de satisfaire à toutes les exigences qui lui ont paru légitimes. Elle vous a proposé une taxe sanitaire qui est en rapport avec les tarifs d'autres pays, taxe à laquelle devra contribuer pour une très-large part la navigation ottomane de cabotage. Elle vous a proposé des garanties d'une bonne administration des fonds et un terme de trois ans pour en faire l'expérience. Si, en remplissant son mandat, elle a atteint le but et si le projet de tarif ci-joint est adopté, il vous restera à régler quelques autres questions administratives qui sont le corollaire et le conplément de l'œuvre.

NOTE. Le présent rapport et le projet de tarif qui l'accompagne ont été adoptés à la majorité des membres composant la commission. MM Dickson et Le Bidart, dont l'opinion diffère de celle de la majorité sur des points différents, se réservent de faire valoir ultérieurement leur manière de voir.

TARIF

Des droits sanitaires dans l'Empire Ottoman.

Art. I

Le tarif des droits sanitaires comprend :

1° Le droit de reconnaissance payable par tout navire qui arrive dans un port ottoman.

2° Les frais de quarantaine en cas de contumace.

Art. II

Droit de reconnaissance à l'arrivée :

A) Tout navire, quelle qu'en soit la provenance, arrivant dans un port ottoman, payera (sauf l'exception ci-après) un droit de reconnaissance de 26 paras par tonneau, jusqu'à concurrence de 800 tonneaux seulement.

Les navires jugeant 801 tonneaux et au-dessus ne payeront le droit de reconnaissance que pour 800 tonneaux.

B) Les bateaux à vapeur-poste payeront ce même droit à raison de 4 paras par tonneau, déduction faite de 40 % pour la machine et le charbon et de 5 % sur la taxe à percevoir. Cette déduction, d'ailleurs, est applicable à tous les navires à vapeur.

Art. III

A) Les navires qui, pendant le cours d'une même opération, entreront successivement dans plusieurs ports ottomans ne payeront le droit de reconnaissance qu'une seule fois au port de première arrivée.

B) Les bateaux à vapeur-poste payeront le droit de reconnaissance de 4 paras par tonneau à chaque relâche où ils feront des opérations.

Art. IV

Droits de quarantaine :

A) Droit des gardes de Santé et des gardes-portefaix par jour et par garde. P. 20

B) Droit de séjour au lazaret par jour et par personne » 5

C) Droit sur les marchandises à désinfecter dans le lazaret :

Marchandises emballées par 100 ocques	P.	2 ½
Cuirs les 100 pièces	»	5
Petites peaux non emballées les 100 peaux	»	2 ½

D) Frais de désinfection des navires d'après les déboursés.

ART. V

Sont dispensés du droit de séjour au lazaret, les enfants au-dessous de 7 ans et les indigents.

ART. VI

Sont exemptés de tous les droits sanitaires déterminés par les articles précédents, sauf le salaire des gardes : 1° les bâtiments de guerre ; 2° les bâtiments en relâche forcée, pourvu qu'ils ne se livrent à aucune opération de commerce dans le port où ils abordent ; 3° les bateaux de pêche.

ART. VII

Les droits de patente et de visa, ainsi que tous les autres droits précédemment établis et non mentionnés dans le présent tarif, sont supprimés.

Constantinople, le 18 février 1865.

Le Rapporteur de la Commission,
BARTOLETTI.

Tableau Statistique

DU MOUVEMENT DES NAVIRES DANS LES PORTS OTTOMANS, ET DES RECETTES ET DÉPENSES DU SERVICE SANITAIRE

DU 1er MARS 1859, AU 28 FÉVRIER 1862.

SERVICES	NOMBRE DES NAVIRES.			TONNAGE.			DROITS PERÇUS.			DÉPENSES.		
	1859	1860	1861	1859	1860	1861	1859	1860	1861	1859	1860	1861
Constantinople (littoral de Marmara, Rodosto et Gallipoli	30815	29599	28080	3046302	3125351	3183220	315059	305663	321575	1092925	1085637	1034068
Dardanelles et dépendances.	10750	8945	10516	1176587	1162155	1296881	134615	145332	135818	337254	339015	335563
Mer-Noire (Batoum, Trébizonde, Samsoun, Sinope, Héraclée, Bourgas et Varna. . .	18872	18928	20165	671850	658044	538350	165001	101335	95479	314712	307392	306529
Danube (Soulina, Toultcha, Silistrie, Roustchouk et Vidin)	9873	7220	10924	970925	1152560	1010775	9754	119913	91518	255347	255728	258248
Les Iles (Lemnos, Chio, Rhôdes, Stancho, Crète et Chypres	17854	22857	20128	436981	520732	513844	135565	87308	88381	368684	369081	349618
Mer-Blanche, *côte d'Europe*, (Enos, Karaghatch, Cavala, Salonique et Volos) . .	13204	12079	12581	339110	513754	330050	60345	60285	64461	165127	169770	173015
Frontière de Grèce (Larisse et dépendances.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	187391	185617	184626
Mer-Adriatique (Prévésa, Valona, Durazzo, Dulcigno, Alessio, Klek et Sotérina . .	5510	5952	5954	117031	152848	158499	26879	23153	27789	225451	245469	239720
Mer-Blanche, *côte d'Asie*, (Aïvalik, Smyrne, Echelle-Neuve, Boudroum, Alaya, Adalia, Mersine, Alexandrette)	24108	18939	22497	676643	557935	466174	98582	86801	91511	415146	387505	398163
Syrie (Beyrouth et dépendances. Damas et Alep)	5469	8565	7822	200071	245969	203643	58746	46868	44475	406464	401071	404163
Afrique (Tripoli et Benghasi)	428	589	705	19055	36462	33869	5438	6594	6548	400071	569675	566362
Frontières Asiatiques (Erzeroum, Erdehan, Kars, Erzinghian, Bayazid, Kotour, Bagdad, Téhéran	—	—	—	—	—	—	—	—	—	821655	725406	721640
Totaux :	136883	133673	139352	7654553	7885810	7935503	1007982	981050	967353	4996227	5059366	4971515
Moyennes :	—	—	136636	—	—	7758555	—	—	985462	—	—	5002370

Sur la moyenne du tonnage, soit 7,758,555, il a été déduit pour les doubles relâches des Dardanelles, Soulina, etc., 1,758,555 tonneaux; reste le chiffre de 6,000,000 de tonneaux qui, taxés à raison de 26 paras par tonneau, donnent . . . . . Pr. 3,900,000

Le tonnage des bateaux-poste, non compris dans le tableau statistique, a été évalué approximativement à 3,500,000 tonneaux payants (*) qui, à raison de 4 paras, par tonneau, donnent un chiffre de . . . . . » 350,000

Total des recettes calculées d'après le nouveau tarif. Pr. 4,250,000

Bien que la moyenne des dépenses indiquées dans le tableau soit de Prs. 5,002,270, on a pris pour base du tarif la dépense de 1863-64 qui, par suite de la diminution des frais extraordinaires du service pendant cette année, et qui a porté principalement sur le service de Benghasi, n'a été que de Prs. 4,248,287.

(*) Les chiffres du tonnage payant des paquebots-poste n'est aussi élevé que par suite du grand nombre de relâches obligées de ces paquebots.

N° 11.

SÉANCE DU 2 JUIN 1866.

—

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 2 juin, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa onzième séance, dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Etaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien.

M. le Docteur Polak, ancien archiatre de S. M. le Schah de Perse.

Pour la Belgique :

M. le comte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires ;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

L'Honorable M. W. Stuart, secrétaire de l'Ambassade de S. M. Britannique ;

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes ;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Professeur J. Van Geuns ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

Mirza-Malkom-Khan, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur Sawas Efendi, inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard PINTO DE SOVERAL, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino] Antonio GOMEZ, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. H. de KRAUSE, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi de Prusse :

M. le Docteur MÜHLIG, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur LENZ, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur BYKOW, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna.

Pour la Suède et la Norwège :

M. OLUF STENERSEN, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron HÜBSCH ;

Pour la Turquie :

S. Exc. SALIH EFENDI, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur BARTOLETTI, inspecteur-général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(*Pour l'Egypte*) : le Docteur SALEM BEY, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S. A. le vice-roi d'Egypte;

La séance est ouverte à midi.

M. le Dr Naranzi, l'un des secrétaires, donne lecture du procès-verbal de la dixième séance.

M. le Dr Sotto se plaint que la proposition qu'il a introduite à ladite séance relativement à l'incompétence de la Conférence à s'occuper de la question du tarif des droits sanitaires dans les ports ottomans, n'ait pas été lue au moment du vote. Cette proposition se trouve, il est vrai,

reproduite au procès-verbal, mais malgré ses réclamations, il n'en a pas été donné lecture, et elle n'a pas en conséquence été votée. M. le Dr Sotto désire que le fait soit constaté.

Des demandes de rectifications sont formées par divers membres ; il y est immédiatement fait droit par M. le Secrétaire et le procès-verbal de la dixième séance est ensuite adopté.

M. le Dr Fauvel expose que la discussion à laquelle donne lieu depuis deux séances le travail de la Commission chargée de l'examen préparatoire des questions du 3me groupe se trouve rendue inutile par la persistance des membres de la Commission à repousser tous les amendements proposés, même ceux qui n'attaquent pas l'économie générale de leur projet. Dans ces conditions et de concert avec quelques autres membres, à savoir MM. le Cte de Lallemand, de Krause, Dr Mühlig, Oluf Stenersen, Dr Bon Hubsch, S. E. Salih Efendi et Dr Bartoletti, il a préparé une sorte de proposition ou de contre-projet dont, au nom des signataires, il se borne à demander l'insertion au procès-verbal. On pourra se rendre compte ainsi et sans qu'il soit nécessaire de prolonger plus longtemps la discussion, des modifications qu'une partie de l'Assemblée aurait cru utile d'apporter dans la classification des matières du 3me groupe telle qu'elle a été comprise par la Commission. M. le Dr Fauvel dépose ensuite sur le bureau, après l'avoir lue, la proposition suivante :

Mesures prophylactiques applicables au Choléra.

I

MESURES HYGIÉNIQUES.

1° Mesures de désinfection. Moyens de désinfection : aëration, calorification, immersion dans l'eau, procédés chimiques.

Application de ces moyens *aux navires*, soit pour y prévenir la contamination, soit pour la détruire ; *aux effets*, *aux hardes*, *aux marchandises* supposés contaminés ; *aux déjections cholériques*, *aux lieux d'aisance*, *aux égoûts*, en un mot à tout ce qui est susceptible de propager la maladie.

2° Mesures d'hygiène applicables *aux villes*, *aux ports* et, en général, à tous les lieux habités, comprenant l'éloignement des causes d'insalubrité qui peuvent favoriser le développement du choléra.

3° Mesures particulièrement applicables aux agglomérations d'hommes, aux armées, aux foires, aux pèlerinages, aux grandes migrations.

4° Mesures concernant la dissémination en temps d'épidémie. Comment doit-elle être opérée ?

5° Police sanitaire des navires en temps de choléra. Mesures relatives aux passagers, à leurs effets, aux marchandises, à l'assainissement du navire.

II

MESURES DE QUARANTAINE.

6° Quels sont les enseignements de l'expérience relativement aux systèmes quarantenaires jusqu'ici en vigueur contre le choléra ? Pourrait-on espérer plus de succès de quarantaines établies sur d'autres bases ? Quels sont les principes fondamentaux découlant de l'expérience qui doivent servir de guide dans cette question ?

7° *Interruption temporaire* des communications avec le lieu infecté. Dans quels cas cette mesure est-elle applicable ?

8° *Restriction temporaire* des communications N'y a-t-il pas avantage sous tous les rapports à restreindre l'émigration des lieux contaminés ? Par quels moyens pourrait-on y parvenir ?

9° *Quarantaine appliquable aux personnes venant d'un lieu contaminé.* Quelle doit en être la durée ? A partir de quel moment doit compter la quarantaine ? Pour les provenances maritimes n'y a-t-il pas lieu, dans certaines conditions spécifiées, de comprendre la durée de la traversée dans le temps fixé pour la quarantaine ? S'il en est ainsi, déterminer ces conditions. Y a-t-il lieu d'admettre deux sortes de quarantaines sous les noms de quarantaine d'observation et quarantaine de rigueur ? En quoi consisterait la différence ?

10° *Lazarets.* Quelles sont les conditions que l'expérience a démontrées nécessaires pour que ces établissements répondent à leur destination sous tous les rapports ? Questions relatives au choix de l'emplacement, à la distance des endroits habités, à la facilité de l'abord et du ravitaillement, à la salubrité du lieu, au genre de construction, à la distribution intérieure, à la répartition des quarantenaires, etc. Lazarets d'observation ? Lazarets flottants ? Lazarets temporaires ?

11° A partir de l'arrivée d'un navire la quarantaine peut-elle être purgée à bord ? Dans quels cas, dans quelles limites, et comment ?

12° *Cordons sanitaires.* Quels est le degré d'utilité de ces cordons ? Dans quelles conditions sont-ils applicables, et comment les appliquer ?

13° *Isolement et désinfection* des foyers initiaux de choléra Quels sont les enseignements de l'expérience à ce sujet ?

14° *Quarantaine applicable aux objets supposés contaminés, effets, hardes, marchandises, animaux vivants.* Quelle en sera la durée selon le mode de désinfection ? Y a-t-il toujours nécessité que celle-ci soit opérée au Lazaret ? y a-t il des objets qui doivent être exempts de désinfection ? quels sont-ils ?

15° *Quarantaine applicable aux navires* supposés contaminés. N'y a-t-il pas lieu d'établir une distinction entre ceux où s'est manifesté le choléra et ceux où la maladie ne s'est pas montrée ? Quelles seraient les mesures applicables dans l'un et l'autre cas ? La désinfection serait-elle toujours de rigueur ?

16° Dans le cas où un navire encombré aurait une épidémie grave de choléra à bord, n'y aurait-il pas lieu de le soumettre à des précautions exceptionnelles ? Quelles seraient ces précautions ?

17° *Patente de Santé.* Doit-on admettre trois espèces de patentes : *brute, suspecte, nette ?* A quel moment le choléra asiatique doit-il être mentionné sur la patente et quand cette mention doit-elle cesser ? N'est-il pas d'absolue nécessité, comme garantie pour la santé publique, qu'un navire n'ait qu'une seule patente délivrée par l'Autorité Sanitaire du point de départ, et n'est il pas également nécessaire que cette patente ne soit pas changée jusqu'à l'arrivée du navire à destination définitive ?

18° De la *reconnaissance et de l'arraisonnement* en temps de choléra.

III

MESURES A PRENDRE EN ORIENT POUR PRÉVENIR DE NOUVELLES INVASIONS DU CHOLÉRA EN EUROPE.

19° Si l'on pèse, d'un côté, les inconvénients qui résultent pour le commerce et pour les relations internationales des mesures restrictives, et, de l'autre, la perturbation qui frappe l'industrie et les transactions commerciales à la suite d'une invasion de choléra, de quel côté croit-on que pencherait la balance ?

20° Ne faut-il pas partir du principe fondamental que plus les mesures quarantenaires et autres moyens prophylactiques sont appliqués près du foyer primitif, plus on peut compter sur leur efficacité?

1° MESURES A PRENDRE DANS L'INDE.

21° Y a-t-il lieu d'espérer qu'on puisse parvenir à éteindre le choléra dans l'Inde, ou du moins à y restreindre son développement épidémique ? N'y aurait-il pas lieu d'abord de faire de nouvelles études sur l'*endémicité* de la maladie, études sur place qui exigeront beaucoup de temps et que le Gouvernement anglais seul est en mesure d'entreprendre ? Indiquer sur quelles particularités devraient porter ces études.

22° D'après ce que nous savons du rôle capital que jouent *les pèlerinages* dans le développement épidémique du choléra, n'est-il pas indiqué que, dès à présent, tous les efforts des autorités anglaises devraient s'appliquer à restreindre le plus possible l'influence de cette cause, et à continuer sur une plus vaste échelle l'emploi des mesures déja mises en usage avec quelque succès ? Donner l'indication de ces mesures.

23° N'y a-t-il pas nécessité en outre de se préoccuper des moyens propres à prévenir l'*exportation* du choléra de l'Inde ? Parmi ces moyens n'y a-t-il pas lieu de signaler l'institution d'une police sanitaire au point de départ, particulièrement applicable aux pèlerins et, en temps d'épidemie, celle de la patente de santé, etc. ? Spécifier ces mesures.

2° MESURES A PRENDRE DANS LES PAYS INTERMÉDIAIRES ENTRE L'INDE ET L'EUROPE.

—

(A) *Mesures contre l'importation du choléra par voie maritime.*

24° Ne serait-il pas convenable d'instituer près de l'entrée de la mer Rouge, dans une île s'il est possible, un établissement sanitaire où tous les navires entrant dans cette mer seraient soumis à un arraisonnement et seraient, s'il y a lieu, assujétis à des mesures de quarantaine ? Quel serait le caractère de cet établissement ? Dans quels cas, par qui, et comment seraient appliquées ces mesures ?

25° *Question du pèlerinage de La Mecque.* Organisation d'un système sanitaire sur le littoral de la mer Rouge, — d'un côté dans les ports ara-

biques, et notamment à Djeddah, à Iambo et à El-Ouesch ; de l'autre à Massouah, à Souakim, à Cosséir et enfin à Suez. Médecins sanitaires à instituer sur ces différents points. Y a-t-il lieu d'y établir une organisation internationale ? Mesures d'hygiène à prendre sur les lieux du pèlerinage. Mesures à prendre dans le Hedjaz en vue de l'importation possible du choléra par terre. Mesures à prendre contre les provenances du Hedjaz si le choléra se manifeste pendant le pèlerinage.

26° Mesures à prendre si le choléra apparaît en Egypte.

(B) *Mesures contre l'importation du choléra par terre.*

27° Mesures à prendre sur la frontière *turco-persane.* Question du *pèlerinage persan.*

28. Mesures à prendre en Russie contre l'importation par la *Boukharie* ou tout au moins par la frontière européenne de l'empire russe. Mesures sur la frontière russo-persane.

Constantinople, le 2 juin 1866.

Ont signé : S. Exc. Salih Efendi, MM. le C^te^ de Lallemand, De Krause, Oluf Stenersen, D^r^ Bartoletti, D^r^ Hübsch, D^r^ Fauvel, D^r^ Mühlig

---

M Segovia prenant la parole comme Président de la Commission, s'étonne qu'on puisse lui adresser le reproche de repousser de parti-pris tous les amendements proposés alors qu'il n'a encore été discuté que deux paragraphes d'un projet qui n'en comprend pas moins de 20 et qu'il a même consenti à une modification dans le titre de la seule section encore en discussion Quoi qu'il en soit du reste, le travail de la Commission a été approuvé dans son ensemble et même dans quelques-unes de ses parties, et le contre-projet n'est donc autre chose qu'une tentative de la minorité cherchant à revenir sur les décisions prises par la majorité : c'est là une manière de procéder irrégulière et contraire aux usages suivis dans toutes les assemblées. Après avoir déclaré qu'il ne s'oppose cependant pas à l'insertion du contre-projet, que loin de là il la désire, M. Segovia demande qu'il soit immédiatement passé à la nomination des Commissions.

M. le Ch^er^ Pinto de Soveral réclame la continuation de la discussion des articles du projet de la Commission. Les membres de la minorité pourront produire leurs observations au fur et à mesure de cette discussion qui ne saurait être régulièrement interrompue.

M. le D^r^ Mühlig rappelle qu'on n'a pas demandé que le contre-projet fut discuté. L'impossibilité où ses auteurs se voient de faire passer aucune des modifications ou transpositions que nécessitait cependant la classification adoptée par la Commission les a contraints à recourir à ce moyen de faire connaître leur manière de voir.

D'après M. le D^r^ Gomez, si le reproche de ténacité pouvait être mérité par quelqu'un, ce ne serait pas par les membres de la Commission, mais bien plutôt par les auteurs du contre-projet, c'est-à-dire par la minorité qui devrait montrer un peu plus de respect pour les décisions de la majorité. Le contre-projet, loin de faire gagner du temps, aura pour premier résultat d'éterniser une discussion déjà trop prolongée ; bon en lui-même, il ne contient au surplus aucune idée fondamentale qu'on ne trouve dans le projet auquel on l'oppose et qui n'est, en somme et à la classification près, que la reproduction du programme général adopté par la Conférence. La nouvelle classification proposée sera-t-elle enfin plus que celle de la Commission et plus que toute autre classification de ce genre, à l'abri des objections ?

M. le D^r^ Monlau consent à l'insertion du contre-projet bien qu'il considère sa présentation comme irrégulière, mais il insiste pour qu'il soit passé à l'ordre du jour.

M. le D^r^ Polak fait la même demande.

M. le D^r^ Fauvel observe que cette discussion est sans objet du moment qu'on s'est contenté de demander l'insertion du contre-projet et nullement sa discussion. Les membres qui l'ont signé ont, il est vrai, voté la division générale du projet de la Commission, mais ce n'est que parce qu'ils pensaient pouvoir utilement produire leurs objections lors de sa discussion par article. Or, l'adoption du 1^er^ § de la première section les a mis dans l'impossibilité de le faire en détruisant toute l'économie de leur système de classification. Le reproche qu'on leur fait de ne pas respecter les décisions de la majorité n'est pas fondé, ils se reconnaissent vaincus et abandonnent la partie, mais tout membre de la Conférence doit avoir

la responsabilité de ses opinions et ce qu'on ne peut refuser à la minorité, c'est le droit de bien constater sa manière de voir.

M. le Dr Dickson ne trouve pas que les deux projets en présence se détruisent l'un l'autre: il propose que celui de M. Fauvel soit imprimé et distribué afin d'être utilisé comme index ou table de matières du rapport de la Commission.

M. le Dr Mühlig qui avait été Secrétaire-Rapporteur de la Commission chargée dans le principe de préparer un projet de programme, explique comment il a pu cependant signer le contre-projet sans se mettre pour cela en contradiction avec lui-même. Le programme général n'était et ne pouvait être autre chose qu'une table des matières et il était de toute impossibilité qu'on pût, au moment où il a été élaboré, préciser l'ordre dans lequel ces matières devraient être étudiées. M. le Dr Mühlig persiste à trouver mauvaise la classification adoptée par la Commission.

M le Dr Bartoletti expose, en son nom et à celui de S. E. Salih Efendi, les raisons pour lesquelles, lui et son collègue, ont cru devoir adhérer au contre-projet. Les Délégués de la S. Porte réservent cependant leur opinion à l'égard du § XXV de ce contre-projet ayant trait au pèlerinage de La Mecque.

M. le Dr Sawas ne voit dans le projet de M. Fauvel que la reproduction de celui de la Commission allongé, mais sa présentation ne lui en paraît pas moins irrégulière.

M. le Délégué de Perse demandant avec une grande partie de l'Assemblée qu'il soit passé à l'ordre du jour, il est décidé que le contre-projet présenté par M. le Dr Fauvel, et auquel trois nouveaux Délégués, MM. les Drs Dickson, Millingen et Salem-bey, déclarent donner leur adhésion, sera inséré au procès-verbal. La discussion est ensuite rouverte sur les articles du projet de la Commission.

M. le Dr Monlau donne lecture du § III.

MM. les Drs Bykow et Salem-bey demandent que la partie de ce § relative à l'*interruption temporaire des communications avec les lieux infectés* soit reportée à la seconde section : c'est là une mesure quarantenaire et non une mesure d'hygiène.

M. le Dr Monlau répond que ce qui constitue les quarantaines, c'est l'isolement des personnes suspectes dans un local spécial où on les tient enfermées ; elles sont de plus obligatoires, c'est en un mot une mesure

objective et non subjective. Il n'y a rien de tel dans l'interruption des communications qui est une simple mesure de précaution laissant toute liberté à ceux contre qui elle est prise.

M. le Dr Gomez partage cette manière de voir.

M. le Dr Bykow déclarant ne pas insister tout en maintenant cependant son observation, le § III est mis aux voix et adopté à la majorité de 11 voix contre 8. Il en est de même du § IV qui réunit 15 voix et dont l'adoption ne donne lieu à aucune observation.

M. le Dr Monlau fait précéder la lecture de la seconde section de quelques explications préliminaires. La Commission est partie de ce principe que l'on devait y faire figurer toutes les questions posées dans le programme général ; l'ordre en a seulement été changé, quelques questions nouvelles ont enfin été ajoutées. Après les paragraphes qui traitent des mesures quarantenaires en général, on arrive au lieu où elles doivent être appliquées, c'est à-dire aux Lazarets. La Commission n'a fait que poser la question des Lazarets Internationaux, elle ne prétend pas qu'elle soit ou puisse être résolue ; elle s'est demandé seulement, d'une part, si tous les lazarets ou du moins quelques lazarets ne devraient pas être déclarés internationaux, neutralisés en un mot, et, de l'autre, s'il n'y aurait pas lieu de déterminer pour tous les Etats une certaine ligne qu'on pourrait en quelque sorte appeler *Lazarétaire* et au dedans de laquelle il serait exercé au point de vue sanitaire une surveillance commune. La Commission passe ensuite à la durée du séjour dans les lazarets, enfin aux mesures de désinfection, de purification et autres à prescrire pendant ce séjour. Si l'on a réservé pour la seconde section la question des cordons sanitaires, bien que cette mesure pût paraître au premier abord se confondre avec celle de l'interdiction des communications qui figure à la première section, c'est que les cordons sanitaires ont jusqu'à un certain point pour conséquence de transformer le pays infecté en une sorte de lazaret sur place.

Ces explications fournies, M. le Dr Monlau commence la lecture des articles.

Les § V et VI sont adoptés, le premier par 15 voix, 0 contre ; le second par 16, 0 contre.

M. le Dr Lenz demande la suppression du § VII : La réponse à cette question lui paraît exiger des études que personne, au sein de la Conférence, n'a faites et n'est à même de faire.

M. Segovia croit au contraire qu'il convenait que cette question que la Conférence sanitaire de Paris de 1851 avait posée et qui n'a encore, il est vrai, pu être résolue d'une manière précise, fût insérée au programme. Peut-être sera-t-il donné à la Conférence de Constantinople d'être plus heureuse qu'on ne l'a été jusqu'à ce jour et de trouver une réponse satisfaisante.

M. le Dr Monlau tout en déclarant que pour un médecin la réponse ne saurait être douteuse, répète que la Commission s'est bornée à poser la question sans la préjuger.

M. de Krause se prononce pour le maintien du § qui est finalement adopté par 19 voix, 0 contre.

M. le Dr Bykow exprime, à propos du § VIII, l'avis que la question des lazarets internationaux n'est pas là à sa place. Tout ce qui concerne les lazarets devrait se trouver réuni, les lazarets internationaux ne seraient-ils pas en effet établis sur les mêmes bases que les autres.

M. le Dr Monlau explique qu'il ne s'agit pas du régime des lazarets internationaux, c'est la question même de leur existence qui est posée : devrait-on ou non en établir ?

M. le Dr Sotto ne se rend pas bien compte de ce que seraient ces lazarets internationaux non plus que de la liaison qui existe entre la 1re et la 2de partie du § VIII.

M. le Dr Monlau répond que la Commission a trouvé dans le programme général la 1re partie du § et qu'elle n'a pas pensé pouvoir la retrancher bien que la réponse allât de soi. Le seul rapport existant entre cette question et celle des lazarets internationaux, c'est que l'utilité de leur établissement une fois admise, il faudrait tout d'abord s'occuper de la place à leur donner. Les lazarets internationaux sont une idée, il appartient à la Conférence de voir le parti qu'on peut en tirer.

M. le Dr Pelikan parle dans le même sens.

S. E. Salih Efendi et M. le Dr Bartoletti déclarent que la Turquie ne consentirait pas à l'établissement de Lazarets internationaux sur son territoire, et qu'ils ne pourront dès lors voter le § VIII.

M Segovia croit que la Commission ne pouvait se dispenser de poser certaines questions dont la science se préoccupe depuis longtemps et sur lesquelles il est de la dignité de la Conférence d'émettre un avis. L'admission d'une question au programme n'implique pas qu'on doive voter plus tard dans tel ou tel sens.

M. le Dr Dickson voudrait qu'on supprimât la partie du § relative aux lazarets internationaux. Il est inutile de discuter sur une question impraticable.

M. le Prof Van Geuns voit dans l'opposition même qu'on fait à cette question un argument en faveur de son maintien au programme.

Dans l'opinion de M. le Cher Pinto de Soveral, il n'y aurait rien d'impraticable dans cette idée de lazarets internationaux. C'est une question digne d'être étudiée ; la science peut en conseiller la création quitte aux Gouvernements à apprécier dans quelle mesure il pourrait être déféré à ce conseil.

Le § VIII est ensuite mis aux voix et adopté par 15 voix contre 4 ; le § IX l'est également par 19 ; le § X aussi par 19 ; le § XI par 17 ; le § XII par 18 ; les §§ XIII et XIV par 17 ; le § XV par 18 et enin le § XVI par 17. L'adoption de ces huit paragraphes ne rencontre pas d'opposition.

M. le Dr Monlau expose avant de commencer la lecture de la 3e section, les raisons qui, aux yeux de la Commission, nécessitaient l'addition du § XX relatif à l'envoi de Commissions pour étudier le choléra dans les pays que l'on croit être le berceau de cette maladie. C'est là un vœu qu'elle a cru devoir et pouvoir émettre étant donné le caractère exclusivement scientifique des recherches à entreprendre et, bien entendu, cela est expressément spécifié dans le préambule du projet, abstraction faite du mode d'organisation des Commissions qui devraient en être chargées. Un vœu identique avait déjà été précédemment formulé par la Conférence Sanitaire de 1851 : on trouve en effet dans les actes de cette Conférence où la Grande-Bretagne était représentée par deux Délégués, la résolution suivante votée à l'unanimité : « La Conférence émet le vœu que » les puissances signataires de la convention sanitaire se mettent » d'accord pour faire explorer les localités considérées comme le foyer » des maladies exotiques transmissibles, et étudier sans cesse les » conditions de la génération et du développement de ces fléaux. » Les recherches dont il s'agit et sur l'utilité desquelles tous les épidémiologistes ont insisté sont enfin un des objets spécialement recommandés aux études de la Conférence par la circulaire de S. Exc. M. Drouyn de Lhuys. Après avoir rappelé, d'autre part, que le rapport général présenté par M.le Dr Fauvel constate que pour presque tout ce qui a trait à la genèse et à l'endémicité du choléra, la Commission a dû, faute de renseignements

suffisants, se borner à poser les questions sans les résoudre, M. le Dr Monlau conclut qu'il est de la dignité de la Conférence, que c'est même un devoir pour elle, d'émettre une opinion sur les moyens à employer en vue de combler une aussi regrettable lacune. La Commission, ajoute M. Monlau, n'a voulu en aucune façon préjuger la question, mais ce qu'elle ne devait pas mettre en doute, c'est l'empressement de la Grande-Bretagne et des autres Puissances qui ont des possessions aux Indes à s'associer à des études qui intéressent l'humanité entière.

La discussion de la 3e section étant renvoyée, vû l'heure avancée, à la prochaine séance, la Conférence s'ajourne au lundi 4 juin, à midi après avoir décidé, à la majorité de 17 voix contre 2, qu'elle se réunira désormais trois fois par semaine, le lundi, le jeudi et le samedi.

La séance est levée à cinq heures moins 1/4

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Bon DE COLLONGUE.— Dr NARANZI.

N° 12.

SÉANCE DU 4 JUIN 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 4 juin, à midi, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa douzième séance, dans le local ordinaire de ses séances, à Galata-Séraï.

Etaient présents :

Pour l'Autriche :

M. VETSERA, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur SOTTO, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien.

M. le Docteur POLAK, ancien archiatre de S. M. le Schah de Perse.

Pour la Belgique :

M. le comte de NOIDANS, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires ;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne;

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur Ignace Spadaro;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

L'Honorable M. W. Stuart, secrétaire de l'Ambassade de S. M. Britannique ;

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Professeur J. Van Geuns;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

Mirza-Malkom-Khan, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur Sawas Efendi, inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard PINTO DE SOVERAL, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio GOMEZ, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. H. de KRAUSE, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi de Prusse :

M. le Docteur MÜHLIG, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur LENZ, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur BYKOW, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna.

Pour la Suède et la Norwège :

M. OLUF STENERSEN, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron HÜBSCH ;

Pour la Turquie :

S. EXC. SALIH EFENDI, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur BARTOLETTI, inspecteur-général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(*Pour l'Egypte*) : le Docteur SALEM BEY, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S. A. le vice-roi d'Egypte;

S. E. le Président accorde la parole à M. de Krause, qui la demande, pour donner communication d'un télégramme très-important qu'il a reçu d'Alexandrie et qui est le suivant :

(Dépêche télégraphique)

Alexandrie, le 31 mai 1866, 3 h. 40 m.

LEGATION DE PRUSSE
Constantinople.

« Le trente et aujourd'hui deux navires sont arrivés à Suez de Damedas avec pèlerins ; patentes déclarent épidémie non désignée régnait à Djeddah. Sont en quarantaine, du 26 à 29 cent six décès. A Suez deux cas fièvre pernicieuse, symptômes choléreux, dont un mortel : hier, ici, un décès choléra sporadique. Intendance donne patentes nettes. »

(Signé) : THEREMIN

Pour copie conforme:

ROMANO.

Bureau de Péra, expédié à 4 h. 10 m. le 1er juin 1866.

A la suite de cette communication, M. de Krause prie MM. les Délégués Ottomans de vouloir faire connaître s'ils possèdent quelque document contenant des renseignements sur un pareil sujet. Il invite de même tout autre Délégué, en état de donner des informations, à vouloir les communiquer.

M. le Dr Bartoletti donne lecture d'un rapport en date du 28 mai dernier, adressé par Colucci bey à l'Intendance Sanitaire de la capitale. Dans ce rapport il est dit :

« Depuis les premiers jours du mois courant, on a remarqué une augmentation dans le nombre des décès journaliers à Suez. Le 24 mai on comptait déjà 33 décès à partir du 1er mai (la population de Suez est d'environ 4,500 individus.

On attribuait principalement cette recrudescence dans les décès à la qualité de l'eau fournie par le canal d'eau douce, dont le courant est très faible dans cette saison, et, dont l'eau devenue presque stagnante, se corrompt facilement. L'autorité allait prendre des mesures pour fournir à Suez de l'eau de meilleure qualité.

« Le 26 mai, ajoute le rapport, on avait constaté un cas très grave de décès attribué à une fièvre pernicieuse et qui avait emporté le malade après 7 heures seulement de maladie.

M. Bartoletti donne communication d'une autre dépêche en arabe, expédiée du Conseil Sanitaire d'Alexandrie et reçue dans la matinée.

La traduction qu'on en a fait faire, est loin de donner un sens précis, toutefois il paraît résulter que, le 18 Mouharem (c'est à dire, le 2 juin) quelques attaques qu'on croit, à n'en pas douter, être des cas de choléra, ont eu lieu à Djeddah.

M. Bartoletti extrait d'un autre rapport, adressé au Conseil Supérieur de Santé, les renseignements suivants concernant quelques pays de la Syrie.

Beyrouth, le 2 juin.

« Le Médecin envoyé d'Acre à Tibériade y a constaté l'existence du choléra. Du 24 au 31 mai, 12 attaques et 3 morts. D'accord avec le Gouverneur-Général, nous avons envoyé ce matin à Tibériade le Dr Koutoufa et pris des mesures en conséquence. »

Beyrouth, 3 juin 1866.

« Rectifiez comme suit mon télégramme d'hier. A Tibériade du 24 au 31 mai, 24 attaques de choléra et 10 morts. Tel est le rapport du médecin d'Acre et de notre employé de Caïfa, retourné ce matin de Tibériade à Acre. »

Après de pareilles communications, une longue discussion s'engage entre MM. Fauvel, Bosi, Van-Geuns, Polak, Mühlig, Segovia, à l'effet de bien s'entendre.

1° Sur l'authenticité des graves nouvelles communiquées par M de Krause.

2° Sur la nécessité de les confirmer, et d'avoir des rapports exacts et sincères.

3° Sur la nécessité, vu la gravité et l'urgence des faits, d'agir énergiquement et promptement pour prévenir toute invasion cholérique de l'Egypte à la capitale.

Constantinople est, dit-on, d'autant plus exposée à une invasion cho-

lérique qu'on y attend très prochainement de nouvelles troupes égyptiennes.

Plusieurs orateurs, après avoir démontré l'imminence du danger et la nécessité d'agir contrairement aux assurances fournies par l'Intendance Sanitaire de l'Egypte, qui délivre patente nette, malgré l'existence probable du choléra en Egypte, parlent du plus ou moins de confiance qu'elle mérite.

D'après M. Polak elle n'existe pas—selon d'autres, tout existante qu'elle soit on ne peut, en cette grave occurrence, se baser ni sur ses rapports, ni sur ses appréciations, ni sur les mesures par elle adoptées.

D'autres orateurs prennent la défense du Conseil Sanitaire d'Alexandrie. En tout cas, dit M. Bartoletti, la Conférence Sanitaire Internationale n'est pas appelée à faire la critique et moins encore le procès de l'Intendance Sanitaire égyptienne. Elle a une toute autre mission.

Plusieurs Délégués formulent des propositions en rapport avec la gravité des circonstances. Elles sont les suivantes par ordre de présentation:

Première proposition de M. de Krause.

1° La Conférence émet le vœu que les Délégués Ottomans télégraphient de suite à Alexandrie pour avoir de plus amples détails sur l'état sanitaire de l'Egypte et surtout de Suez.

2° Que l'état sanitaire des troupes égyptiennes arrivées à Constantinople soit rigoureusement surveillé.

3° Que les troupes égyptiennes attendues à Constantinople subissent une inspection sévère avant de passer les Dardanelles.

4° Que si les nouvelles télégraphiques d'Egypte ne sont pas tout à fait rassurantes, les provenances égyptiennes soient regardées comme si elles étaient arrivées sous patente brute.

Première proposition de M. Monlau :

Que la Conférence assujettisse, jusqu'à nouvel ordre, les provenances d'Egypte à une quarantaine d'observation, et qu'elle les déclare en patente brute, malgré la patente *nette* délivrée par l'autorité sanitaire égyptienne, et cela, jusqu'à ce que les graves nouvelles qu'on vient de communiquer à la Conférence soient confirmées ou démenties.

Cette mesure dit M. Monlau, bien sévère en apparence, est suggérée par l'arrivée prochaine de nouvelles troupes égyptiennes à Constantinople. Il serait bien triste, fait-il remarquer, que le choléra pénétrât, faute de mesures efficaces à Constantinople, pendant que la Conférence y siége.

M. Fauvel fait observer à M. Monlau que sa proposition va trop loin. La Conférence, dit-il, n'a pas le droit de décréter — elle ne peut qu'émettre des vœux — donner des conseils, et là doit se borner son rôle à ce sujet.

M. Bartoletti parle dans le même sens, et, démontre, en outre, que le reste concerne le Conseil de Santé — c'est à lui qu'il incombe de décréter des mesures et de les appliquer. Il faut, ajoute M. Bartoletti, avoir pleine confiance dans l'administration sanitaire de la capitale — elle veille incessamment sur l'état sanitaire de l'Egypte ; les rapports qu'elle a communiqués à l'honorable Conférence en font pleinement foi, et en même temps ils sont une garantie de son désir, de ses efforts de prévenir l'invasion d'une nouvelle épidémie dans la capitale

Le Conseil supérieur de santé, dit-il, a déjà adopté des mesures qui sont de nature à rassurer la Conférence. Ces mesures, sont plus complètes que celles de l'année dernière et consistent en une quarantaine beaucoup plus sérieuse (quarantaine de 15 jours, sans compter les jours du voyage), et la création de plusieurs lazarets.

M. Monlau déclare n'avoir pas employé le mot *décréter* et lorsqu'on le lui a attribué il a immédiatement protesté. Que la Conférence, a-t-il pensé, *émette* le vœu, si les graves nouvelles sont confirmées, etc., etc.

M. Mühlig, après avoir fortement insisté sur la nécessité d'adopter des mesures efficaces pour ne pas s'exposer aux faits déplorables de l'année passée, ce qui, selon lui, arrivera inévitablement si on ne s'oppose pas au transport des troupes égyptiennes à Constantinople, propose :

1° D'interdire l'arrivée à Constantinople de nouvelles troupes égyptiennes:

2° D'interdire, ou au moins de restreindre les libres communications entre l'Egypte et Constantinople.

M. Segovia appuie MM. Monlau et Mühlig. La Conférence, dit-il, a bien le droit, vu l'urgence, d'émettre un vœu de cette nature.

M.Sawas présente cette proposition sous une forme qui,selon lui,répond parfaitement à la pensée de chacun. — La voici : — Que la Conférence, en attendant les nouvelles de l'Egypte, émette le vœu que les provenances de l'Egypte soient considérées sous le régime de la *patente brute.*

M. Monlau lui-même accepte cette formule. MM. de Krause, Mühlig, Stenersen le comte de Lallemand, Fauvel, de Soveral,déclarent y adhérer.

M. de Krause de son côté, renonce au 1er et au 4^{me} points de sa propo-

sition en faveur de la formule adoptée, sur l'amendement de M. Sawas, par M. Monlau lui-même.

M. Bartoletti reconnaît à la Conférence le droit d'émettre des vœux, de donner des conseils—conseils, dit-il,que l'Intendance Sanitaire de l'Empire appréciera avec toute la déférence qu'ils méritent — mais il insiste sur la nécessité et la convenance de laisser à l'Intendance Sanitaire pleine et entière liberté d'action — M. Bykow l'appuie.

M. Sawas dit, qu'à la séance précédente il s'était opposé à ce que la Conférence s'occupât de la question de l'Egypte et il avait signalé les raisons pour lesquelles il considérait cette question en dehors de sa compétence. La Conférence, ajoute M. Sawas, ayant différemment décidé, il faut qu'elle émette un vœu efficace et d'une utilité pratique réelle.

M. Bosi rappelle que tout dernièrement encore elle a solennellement proclamé son incompétence dans les affaires dont on voulait la saisir et qu'elle croyait être du ressort du Conseil de Santé M. Bosi engage aussi M. Bartoletti à oublier qu'il fait partie du Conseil de Santé lorsqu'il siège dans la Conférence — car, pense-t-il, ses paroles ne peuvent avoir que la valeur que lui donnent sa qualité de Délégué du Gouvernement Ottoman.

M. Bartoletti répond qu'il n'a jamais cessé de parler en cette qualité et pas autrement, de même que S. E. Salih Efendi.

Proposition de M. Bykow :

1° D'inviter le Conseil de Santé de télégraphier à Alexandrie et à la Tibériade pour avoir des informations exactes et officielles concernant l'état sanitaire de l'Egypte et de la Syrie.

2° De laisser au Conseil de Santé la liberté d'agir en conséquence.

M. de Krause, après avoir relevé l'authenticité de la dépêche qu'il vient de communiquer, puisqu'elle a été adressée par le Consul Général d'Alexandrie, ajoute, qu'il serait bien aise lui-même de la voir confirmée pour la raison que sa rédaction assez obscure laisse quelques points inintelligibles.

Proposition de M. Bosi:

« Que l'Intendance Sanitaire envoie une commission auprès des troupes égyptiennes pour constater leur état sanitaire.

Proposition de M. Vernoni :

Qu'on inspecte les troupes qui sont attendues de l'Egypte, avant leur arrivée dans la capitale, aux Dardanelles par exemple.

Proposition de M. Keun :

Qu'on assujettisse les provenances d'Egypte et de Beyrouth à une quarantaine d'observation, jusqu'à ce que les nouvelles données par M. de Krause soit confirmées.

M. Maccas dit que malgré la vive impression que d'abord lui a occasionnée la proposition de M. Monlau, c'est-à-dire, d'assimiler les provenances d'Egypte *avec patente nette* au *régime* de la patente *brute*, cependant il appuie cette proposition de toute sa force. Ce que de prime-abord il y a de choquant et d'irrégulier, fait observer M. Maccas, dans la proposition de M. Monlau, disparaît complètement si l'on observe qu'il ne s'agit ici que seulement des patentes d'Alexandrie délivrées après les nouvelles qu'on vient de communiquer, et bien entendu, si l'on réfléchit que cette proposition ne devrait être effectuée que sous la *condition* d'avoir la confirmation de ces nouvelles. Dans ce cas, dit M Maccas, le tort ne serait pas de notre côté si nous considérions les patentes nettes comme des patentes brutes, car dans des circonstances pareilles on ne pourrait pas prendre des mesures assez sévères pour garantir la capitale, et par elle, plusieurs pays d'une nouvelle invasion.

M. Bartoletti est d'avis qu'il ne faut pas confondre les faits appartenant à l'Egypte avec les faits de la Syrie. Celle-ci relève du Conseil Sanitaire de Constantinople, par conséquent — c'est à celui-ci d'agir — tandis que l'Egypte a une administration sanitaire spéciale.

Quant à la commission que M. Bosi propose d'envoyer auprès des troupes égyptiennes qui sont à Constantinople, M. Bartoletti se borne à rappeler que d'après toutes les apparences, ces troupes avaient quitté l'Egypte avant qu'aucun cas de choléra ne se fût manifesté à Suez.

Sur l'avis de M. le C^te^ de Lallemand appuyé par plusieurs Délégués, S. E. le Président met aux voix la proposition de M. Monlau, amendée par M. Sawas et Mühlig, et ensuite les deux propositions de M. de Krause :

La formule de la proposition de M. Monlau est la suivante. La Conférence émet le vœu:

« Que le Conseil de Santé veuille vérifier *immédiatement* l'exactitude des nouvelles communiquées à la Conférence sur l'état de santé de l'Egypte, et, en attendant, la Conférence estime que les provenances de l'Egypte devraient être assujetties *dès ce moment*, par qui de droit, au régime de la patente brute.

Cette proposition est acceptée à la majorité de 22 voix contre trois, et une abstention, celle de M. Vetsera.

S. E. le Président met, immédiatement après aux voix, la proposition de M. de Krause, comprenant deux points distincts, ainsi formulés:

1° Que les troupes égyptiennes déjà arrivées soient attentivement surveillées :

2° Que les troupes égyptiennes attendues à Constantinople subissent, en outre, une inspection sévère, avant de passer les Dardanelles.

La proposition de M. de Krause est acceptée à la majorité de 22 voix contre 4 abstentions.

La Conférence décide de passer outre et de ne pas mettre aux voix les autres propositions.

M. Vernoni propose que S. E. le Président veuille bien communiquer *sans retard* à S. A. le Grand Vezir et à S. A. Aali Pacha les résolutions que la Conférence vient de prendre.

M. Pinto de Soveral modifie la proposition de M. Vernoni, dans ce sens:

« Que S. E. le Président veuille bien lever la séance pour qu'il puisse se rendre immédiatement chez LL. AA. et leur communiquer les décisions de la Conférence.

M. Segovia fait observer que la proposition de M. Pinto de Soveral, renfermant deux points qui ne sont pas dans une dépendance absolue on devrait la diviser en deux et mettre aux voix les deux membres séparément.

Sur l'avis de M. de Lallemand, qui appuie l'observation de M. Segovia, S. Exc. le Président met aux voix la deuxième partie de la proposition de M. de Soveral qui consiste à prier S.Exc.Salih Efendi de vouloir se rendre immédiatement chez le Grand-Vizir et chez S. A. Aali Pacha pour leur communiquer les délibérations de la Conférence. (Proposition Vernoni.)

Cette partie est acceptée à la majorité de 22 voix contre 4 abstentions.

La première partie est rejetée, n'ayant eu en sa faveur que 2 voix. Par conséquent la séance sera continuée même après le départ de S. Exc. Salih Efendi.

L'honorable M.Stuart fait observer que,tant lui que ses deux collègues, se sont abstenus de prendre part à la discussion et aux vote qui ont eu lieu au sujet des différentes propositions et des délibérations que la Conférence vient de prendre.

M. de Vetsera fait de même remarquer son abstention.

Au moment où S. Exc. quitte la salle, la Conférence désigne pour le remplacer M. le C^te^ de Lallemand

Après un quart d'heure de repos, la séance est reprise sous la présidence de M. le C^te^ de Lallemand

L'ordre du jour, dit M. de Lallemand, appelle la suite de la discussion du rapport de la Commission, chargée d'étudier le 3^me^ groupe du programme. La discussion s'est arrêtée, à la dernière séance, au commencement de la 3^me^ section du susdit rapport.

M. Monlau prie M. Segovia de vouloir le remplacer, ne pouvant à cause d'indisposition entre prendre la lecture.

M. Polak réclame un tour de faveur, ayant, dit-il, quelques considérations importantes à présenter touchant le 3^e^ groupe du rapport en question, groupe qui, selon lui, exige des recherches spéciales et préliminaires.

M. Polak ayant obtenu le tour de faveur qu'il a demandé, donne lecture des propositions suivantes. C'est à la Conférence, dit-il, à les apprécier à leur juste valeur et à juger de l'importance des recherches qu'il va proposer :

1° Quels sont les principaux endroits de pèlerinage et de foire en Asie? Quelles sont les routes qui y conduisent? Par quelles nations et par quels peuples sont-ils fréquentés? Quel est le nombre moyen des pèlerins? Quels sont les points de ralliement et de séparation? Quels sont leur moyens de transport et de communication? Quel est leur abri pendant le voyage? Quel est leur ravitaillement? Combien de temps leur faut-il pour y aller et revenir? prennent-ils la même route en y allant et en revenant? Le pèlerinage est-il lié à une certaine époque ou saison de l'année?

2° Quels pèlerins touchent l'Europe continentale?

3° A quelles maladies sont-ils le plus exposés, en temps ordinaires, quelle est leur mortalité moyenne?

4° En temps de choléra vaut-il mieux qu'ils voyagent par terre, ou par bateaux à vapeur ou à voiles?

5° Est-il possible d'éviter, pendant le trajet des Indes ou celui de la mer Rouge, l'encombrement, et,comment faut-il s'y prendre.

6° Est-il possible de surveiller les bateaux à voile arabes, dans le golfe Persique, principalement à Moskat, à Bender-Abbas et à Bassora, et dans la mer Rouge?

7° Est-il possible de surveiller les communications par terre des Indes, en Perse et en Russie ?

8° Est-il possible de faire disparaître les inconvénients du transport des cadavres à Kerbelah et par quels moyens ?

9° Déterminer les points les plus importants par lesquels le choléra a passé des Indes en Perse et en Russie.

10° Déterminer pour quelle cause le choléra ne fut jamais transmis ni en Egypte ni en Europe par les bateaux des messageries des Indes et par ceux qui cinglent le cap, tandis qu'il le fut par des bateaux de cabotage allant en Arabie ou à Zanguebar ?

11° Combien de temps, après le commencement d'une épidémie dans l'Inde, le choléra passe-t-il ailleurs ?

12° Quel est le maximum de pèlerins transportés par un bateau à vapeur ?

M. Polak dit, en finissant, que ce ne sont, à proprement parler, que des détails qu'il importe de posséder pour aborder, en connaissance de cause, les questions posées dans la 3me section du rapport.

M. Segovia reconnaît l'importance de plusieurs détails énumérés par M. Polak, mais la connaissance et l'étude de ces détails trouveront, pense-t-il, leur place au fur et à mesure que se présenteront, à la discussion, les questions auxquelles ils se rattachent. Vouloir les étudier à part, fait observer M. Segovia, ne servirait qu'à compliquer la discussion, car comme M. Polak lui-même l'a fait sentir, ses propositions ne renferment que des questions de détail, qu'il importe de prendre en considération.

La Conférence et M. Polak aussi se rangent à l'avis de M. Segovia.

M. Segovia entreprend la lecture de la troisième section.

M. Bykow propose de supprimer du titre de cette section le mot *spéciales*, pour la raison, dit-il, qu'il n'y a pas de mesures sanitaires spéciales, ces mesures ne pouvant être que quarantenaires ou hygièniques.

La Commission, lui répond M. Segovia, ne tient nullement aux mots, à moins qu'ils ne soient *nécessaires* ; ce mot *spéciales*, dit-il, a une certaine importance pour la Commission, car il sert, tout accessoire qu'il est, à faire comprendre que les mêmes mesures applicables tant à l'Occident qu'à l'Orient doivent être *d'une manière toute spéciale* appliquées à l'Orient.

M. Sawas appuie M. Segovia et propose de passer aux voix.

Le titre est adopté *tel quel*.

M. Sawas fait quelques observations relativement au §. 17.

Il pense que l'idée prédominante pourrait mieux ressortir si on intercalait, après la première partie du paragraphe — cette phrase — basées sur l'étude des routes que le choléra a suivies.

Le paragraphe est adopté, avec l'addition proposée par M. Sawas, à la majorité de 17 voix contre 10 abstentions.

Les paragraphes 18 et 19 sont adoptés *tels quels* à la majorité de 15 voix contre 12 abstentions.

L'honorable M. Stuart demande la parole pour faire quelques observations sur le paragraphe N° 20.

Ce paragraphe, dit-il, tel que la Commission l'a conçu et formulé ne pourrait pas être accepté par les Délégués de la Grande-Bretagne. Ils ne pourraient en aucun cas, adhérer à la création d'une Commission internationale.

Une Commission, dit M. Stuart, ayant un caractère de cette nature, porterait presque atteinte à l'indépendance des Gouvernements qui ont des possessions dans les Indes. C'est aux Gouvernements respectifs, croit M. Stuart, qu'il incombe la tâche d'entreprendre, dans leurs domaines, les recherches et les études que la science a démontrées nécessaires.

Pour ces considérations, et pour beaucoup d'autres que l'on pourrait ajouter, dit M. Stuart, il propose de substituer au 20^{me} paragraphe, le paragraphe suivant :

« Appeler l'attention des Gouvernements respectifs des pays que l'on croit être le berceau du choléra, sur l'utilité d'entreprendre ou de continuer des recherches locales rigoureuses sur l'origine et la propagation de la maladie.

Enumérer les questions dont la solution, ou une connaissance plus profonde est démontrée nécessaire par la science. »

M. Segovia réfute en son nom et au nom de la majorité de la Commission les considérations présentées par l'honorable M. Stuart. Dans l'opinion de M. Segovia, la divergence de vue entre les Délégués de la Grande-Bretagne et les membres de la Commission qui avaient accepté le 20^{me} paragraphe, naît d'un malentendu plutôt que de toute autre raison. La crainte aussi de porter atteinte à l'indépendance des Gouvernements les a prévenus contre la proposition de la Commission. Mais qui a jamais songé, se demande M. Segovia, à attaquer ou à amoindrir l'indépendance de la Grande-Bre-

tagne ou d'autres Etats ? En quelle circonstance, en quel endroit la Commission s'est-elle servie d'une pareille expression ? La Commission qui n'a eu d'autre but que de conseiller la création d'une commission scientifique *spéciale* pour étudier l'origine et la génèse du choléra, ne se refuse pas à accepter la rédaction proposée par l'honorable M. Stuart. Ce qu'elle exige, c'est que l'on se rende bien compte des motifs qui ont dicté à la Commission le paragraphe incriminé: » Je ne reviendrai pas, dit M. Segovia, sur ces motifs, car M. Monlau les a fait connaître lorsqu'il a démontré que dans la pensée de la Commission il n'est question que d'une commission purement scientifique. Le conseil, continue M. Segovia, de nommer des commissions scientifiques est depuis longtemps suivi, et on en envoie partout. La Commission, en formulant le 20me paragraphe de son rapport, a cru répondre à un besoin pressant. L'origine et la génèse du choléra sont entourées d'épaisses ténèbres — des recherches ont été, il est vrai, depuis quelque temps entreprises, mais elles ne sont pas complètes, loin de là, on est encore aux premiers mots du problème: ces recherches, et une étude approfondie de la question, la science elle-même les réclame. La Commission propose de nommer à cet effet une commission scientifique, une commission spéciale. Cela faisant non-seulement elle n'a pas entendu blesser qui que ce soit, mais elle a cru agir dans l'intérêt du Gouvernement Britannique lui-même, tout en agissant dans le sens de son indépendance.

En effet, poursuit M. Segovia, la création d'une commission scientifique spéciale, faciliterait de beaucoup la tâche des médecins anglais—son autorité serait plus grande pour la double raison qu'elle ne serait pas nationale et qu'elle aurait toute liberté d'action. N'étant pas sous la pression et sous l'influence du gouvernement, cette commission, choisie par quelques académies scientifiques, étudierait le choléra sur les lieux même, mettrait le pied sur son berceau, et aurait pleine liberté de parole et d'action, même s'il s'agissait de combattre des vues préconçues des gouvernements des Indes — non-seulement du gouvernement de la Grande-Bretagne, mais aussi des gouvernements des Indes Françaises, Espagnoles, Portugaises, Hollandaises et autres.

Telles sont les raisons, dit M. Segovia en finissant, qui ont déterminé la majeure partie de la Commission à adopter le 20me parapraphe.

M. Stuart réplique à M. Segovia que les Délégués de la Grande-Bretagne

n'ont nulle intention de mettre obstacle à ce que des commissions scientifiques se rendent dans les Indes pour faire des recherches ou des études sur le choléra.— Ils s'opposent seulement au projet d'y envoyer une commission internationale.

M. Goodeve, à l'appui des observations de son collègue, l'honorable M. Stuart, présente les considérations suivantes :

Je désire, dit M. Goodeve, persuader à la Conférence que nous n'avons la moindre intention de repousser le projet de faire des études scientifiques sur le choléra dans les Indes. Nous admettons l'utilité de pareilles études : mais nous combattons l'idée d'instituer une *Commission internationale*, idée qui ressort des discours de MM. Monlau et Segovia.

J'ai l'opinion, continue M. Goodeve, que mon Gouvernement n'accepterait pas une Commission internationale pour faire chez nous des recherches sur le choléra, et, à ce sujet, je partage entièrement l'opinion de M. Stuart, car, à mon avis aussi, il s'agit d'une proposition qui nuit à l'*indépendance* des Gouvernements, en même temps qu'elle témoigne du manque de confiance qu'on a de l'intelligence du pays dans lequel on désire faire ces études.

On a exprimé ici, poursuit M. Goodeve, l'opinion que l'utilité de cette Commission internationale est démontrée par le peu de connaissance qu'on a en Europe du choléra tel qu'il existe aux Indes. Cependant, je crois, que les connaissances sur l'origine et la génèse du choléra, non-seulement ne manquent pas, mais qu'elles sont nombreuses et considérables autant que sur beaucoup d'autres maladies épidémiques. Que connaissons-nous par exemple, demande M. Goodeve, de l'origine et de la génèse de la variole ou de la scarlatine ? Il n'y a que 50 ans, fait observer M. Goodeve, que le monde scientifique se trouve en face du choléra et on peut dire, sans crainte d'être démenti, que nos connaissances sont aussi étendues que celles que nous possédons sur d'autres maladies que nous voyons depuis des siècles.

Bien que l'argument, ajoute M. Goodeve, soit valide pour demander que des recherches soient faites, il n'est pas spécialement applicable au choléra, au point d'envoyer une Commission internationale pour les entreprendre.

Un de mes ami, dit M. Goodeve, m'a fait remarquer, et j'ai dû en convenir, qu'une Commission internationale envoyée chez-nous veut dire qu'il nous manque ou la volonté d'instituer des recherches scientifiques sur cette

maladie ou la capacité de les mener à terme. A l'égard de la capacité, dit M. Goodeve, je crois pouvoir dire sans être taxé d'excessive partialité pour mon pays, que les Anglais ne sont pas restés en arrière des autres nations relativement à l'étude originelle du choléra soit dans l'Inde, soit ailleurs, et que leur littérature en fournit les preuves. Je pense que la bonne volonté ne manque pas non plus. Je crois donc, sans aller plus loin que les Anglais sont capables d'entreprendre les recherches qu'on a signalées et qu'on ne perdrait rien à se reposer et sur leur bonne volonté, et sur leur intelligence.

Quel que soit, conclut M. Goodeve le résultat de ces études qu'il espère bien seront faites, il soumet à la Conférence son avis, c'est-à-dire, qu'elles ne doivent être entreprises, comme M. Stuart l'a très-bien fait remarquer, que par les Gouvernements respectifs des pays où règne le choléra.

M. Sawas résume en peu de mots le discours de M. Segovia. — Il a voulu, pense-t-il, démontrer l'utilité des études sur le choléra faites par une commission scientifique spéciale — 2° que cette commission est une idée pratique, — 3° qu'il n'y a rien de blessant — aucune méfiance, aucune atteinte à l'indépendance du Gouvernement Britannique dans la proposition de la Commission. M. Sawas avoue qu'il partage l'opinion de M. Segovia pour ce qui se rapporte à l'utilité d'une pareille commission— seulement il craint que cela ne puisse pas être praticable. En effet, dit-il, comment une commission étrangère pourrait-elle entreprendre des recherches et des études dans un pays aussi éloigné et aussi vaste que les Indes anglaises. Il n'y a selon lui, que le gouvernement anglais qui puisse entreprendre cela, et il est le seul compétent. Par conséquent, il propose que l'on mette aux voix la proposition de M. Stuart et que l'on passe à l'ordre du jour.

M Fauvel et plusieurs Délégués, font observer que la question est tellement importante qu'il est nécessaire d'entendre tous les orateurs qui veulent parler pour ou contre la même.

M. Gomez exprime le désir de faire constater que les membres de la Commission n'ont pas été tous du même avis touchant la manière de considérer la continuation de l'étude des causes et de l'origine du choléra dans l'Inde, ainsi que l'investigation suivie des moyens d'assainissement. Ils ont été seulement d'accord sur l'opportunité de poser, dans le programme, la question dans des termes assez vagues pour ne rien préjuger

sur le mode d'exécution de cette mesure. L'amendement proposé par l'honorable Délégué de la Grande-Bretagne, M. Stuart, précise, selon M. Gomez, ce mode d'exécution dans des termes très-convenables, et de la manière la plus pratique. M. Gomez déclare partager et approuver complètement la manière de voir de M. Stuart, et il le fait, dit-il, d'autant plus volontiers qu'indépendamment des inconvénients et de l'inconvenance même très facile à apprécier, qui résulteraient du projet d'introduire dans les Indes des *investigations officielles* ordonnées autrement que par les Gouvernements respectifs, aucun Gouvernement n'est aussi intéressé que le Gouvernement anglais dans tout ce qui a trait à l'assainissement des Indes, et, aucun plus que lui ne possède, pour l'accomplir, dans les limites du possible, les moyens d'exécution qui peuvent être fournis par la science ou autrement. On peut, ajoute M. Gomez, en avoir une preuve, tirée de documents authentiques, dans les résultats assez remarquables déjà obtenus grâce aux mesures prises dans les différentes provinces des Indes anglaises, surtout dans ces dernières années En finissant, M. Gomez dit, qu'il votera pour l'amendement de M. Stuart.

M. Monlau, après avoir parlé dans le sens de M. Segovia dont il développe la plupart des idées par de nouvelles considérations, donne lecture de la 3me page du rapport qu'on discute. Dans cette 3me page, dit-il, on trouve non-seulement la confirmation des idées émises par lui et son honorable collègue, touchant la nécessité d'instituer une commission scientifique — mais aussi la pensée vierge de la commission, qui n'a eu la moindre intention de donner à la commission spéciale qu'elle propose un caractère international. En effet, dit M. Monlau, il y est parlé d'une commission *scientifique* dont le mode d'organisation ainsi que le plan de ses travaux pourraient être convenus et même dictés d'avance par les gouvernements respectifs des pays qui devraient être le théâtre de ses études purement scientifiques. Il y a 15 ans, ajoute M. Monlau, la Conférence de Paris avait émis un vœu de la même nature, et à cette époque les Délégués de la Grande-Bretagne y avaient adhéré — aujourd'hui, ils n'en veulent pas, la raison de tout ceci, on peut, dit M. Monlau, la trouver dans l'intervention de l'élément diplomatique.

M. Polak déclare qu'il entre pleinement dans les vues de M. Stuart. Une commission internationale, dit il, ne pourrait en moins de deux siècles achever le travail dont on voudrait la charger, mais ce travail peut par-

faitement être exécuté par le gouvernement anglais. Les médecins anglais, selon lui, sont plus compétents que les autres à entreprendre efficacement les recherches réclamées par la science, qui a été par eux enrichie plus que par tous les autres de précieux documents et d'études de la plus grande importance. Il cite comme exemple le mémoire de M. Jameson, supérieur, à son avis, à tout ce qui a été jusqu'à présent publié sur le choléra.

M. Segovia prie M. le secrétaire de rapporter fidèlement la déclaration de M. Polak.

M. Van Geuns appuie en tout point les paroles de M. Stuart dont il accepte l'amendement.

M. Fauvel est d'avis que le projet d'une commission, telle qu'on l'a conçue — c'est-à-dire avec un caractère international, ne pourrait être d'aucune utilité. M. Fauvel comprend et partage les scrupules des Délégués de la Grande Bretagne. Une pareille commission, pense-t-il, devrait de nécessité revêtir un caractère politique, à moins qu'on ne veuille en faire une réunion de touristes. — Pour faire quelque chose d'utile, de sérieux dans les Indes, une commission internationale aurait, fait observer M. Fauvel, à lutter contre des difficultés presque insurmontables, difficultés inhérentes à la nature des études qu'il faudrait entreprendre. En tout cas elle ne pourrait arriver au terme de ses études et de ses recherches qu'après bien des années.

M. Fauvel estime aussi que le Gouvernement anglais pourrait à lui seul entreprendre avec avantage ces études. Il offre toutes les garanties, pour qu'une pareille tâche lui soit confiée. M. Fauvel résume ses observations en ces termes :

Il n'y a ni utilité ni convenance à proposer une Commission internationale. Une Commission de cette nature, non-seulement le Gouvernement anglais, mais aucun des Gouvernements qui ont des possessions dans les Indes, ne voudrait l'accepter. Que la Conférence se borne donc, conclut M. Fauvel, à conseiller des choses pratiques, convenables et utiles.

M. Bykow, de son côté, repousse complètement le projet concernant les Indes dans le sens que la Commission du programme lui a donné. Il appuie pleinement la proposition faite par MM. Stuart et Goodeve.

M. Bartoletti déclare adhérer à tout ce que M. Fauvel a dit.

M. Pinto de Soveral dit qu'en sa qualité de Délégué d'une puissance qui a des possessions dans les Indes, il adhère à la proposition de l'honorable M. Stuart, qu'il l'appuie et qu'il votera en conséquence.

M. le C^te^ de Lallemand, sur l'avis de la Conférence, qui se déclare pleinement éclairée sur cette question, met d'abord aux voix le paragraphe N° 20 de la troisieme section.

Il est rejeté à une grande majorité. Il met ensuite aux voix la proposition formulée par M. Stuart, pour remplacer le susdit paragraphe. Elle est adoptée à la majorité de 18 voix contre huit abstentions.

Ont voté pour :

MM. Vetsera, de Noidans, Sotto, Fauvel, Stuart, Goodeve, Keun, Van Geuns, Malkom Khan, Sawas, de Soveral, de Krause, Mühlig, Bykow, Stenersen, de Hübsch, Bartoletti, le C^te^ de Lallemand.

Les autres Délégués se sont abstenus de voter, y compris MM.Segovia et Monlau qui tiennent à faire constater leur abstention.

M. le C^te^ de Lallemand invite l'honorable Conférence à vouloir se prononcer sur la manière dont elle entend procéder dans l'étude des nombreuses et différentes questions comprises dans les trois groupes du rapport qu'on vient de discuter.

M. Sawas fait observer que la Commission a déjà proposé le formation de trois Commissions.

M, le C^te^ de Lallemand, sur la demande de M. Segovia, met au voix ce dernier paragraphe du rapport concernant les 3 Commissions.

Il est accepté à la majorité de 17 voix contre deux — 7 abstentions.

M. le C^te^ de Lallemand, appuyé par M. Fauvel et autres Délégués, formule la proposition suivante :

Que la Conférence tout entière se partage en trois Commissions et qu'on procède comme on a procédé dans la Commission qui avait été chargée d'étudier les deux premiers groupes du programme C'est à dire qu'on tire au sort les membres qui doivent composer chacune des trois Commissions, avec cette différence que les Délégués diplomates entreront dans chacune des 3 Commissions en nombre égal.

Vu l'heure avancée, M. le C^te^ de Lallemand, sur la demande de plusieurs Délégués, remet à la prochaine séance, l'arrangement définitif des Commissions.

La séance est levée à 5 h.

Ordre du jour de la prochaine séance :

1° Nomination des trois Commissions et tout ce qui concerne leur constitution et leur organisation.

2° Discussion du rapport-général

Le Président,

C^te^ DE LALLEMAND.

Les Secrétaires,

D^r^ NARANZI — B^on^ DE COLLONGUE

N° 13.

SÉANCE DU 7 JUIN 1866.

—

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 7 juin, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa treizième séance, dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Etaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

M. le Docteur Polak, ancien archiâtre de S. M. le Schah de Perse

Pour la Belgique :

M. le comte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires ;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur Ignace Spadaro;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M. Kalergi, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes;

Pour l'Italie :

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Professeur J. Van Geuns ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

Mirza-Malkom-Khan, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur Sawas Efendi, inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard PINTO DE SOVERAL, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio GOMEZ, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. H. de KRAUSE, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi de Prusse ;

M. le Docteur MÜHLIG, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur LENZ, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur BYKOW, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna.

Pour la Suède et la Norwège :

M. OLUF STENERSEN, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron HÜBSCH ;

Pour la Turquie :

S. Exc. SALIH EFENDI, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur BARTOLETTI, inspecteur-général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(*Pour l'Egypte*) : le Docteur SALEM BEY, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S. A. le vice-roi d'Egypte ;

La séance est ouverte à midi.

M. le B^{on} de Collongue, l'un des secrétaires, donne lecture du procès-verbal de la onzième séance.

Ce procès verbal adopté, S. E. Salih Efendi rend compte de la communication qu'il a faite à L. A. le Grand Vizir et le Ministre des Affaires Etrangères des vœux exprimés par la Conférence relativement aux me-

sures de précaution à prendre à l'égard des provenances d'Egypte. S. Exc. laisse d'ailleurs à son collègue, M. le Dr Bartoletti, le soin d'informer la Conférence des résolutions adoptées par le Conseil Supérieur de Santé et par l'Intendance sanitaire.

M. le Dr Bartoletti fait connaître que le Conseil Supérieur de Santé, tout en prenant en sérieuse considération les vœux de la Conférence, n'avait pas cru devoir prendre de mesure décisive, c'est-à-dire soumettre la patente nette au même régime que la patente brute, avant que les renseignements immédiatement demandés par le télégraphe à l'intendance sanitaire d'Alexandrie sur l'état de la santé publique en Egypte, fussent venus confirmer les graves nouvelles communiquées par M. de Krause. Il avait donc été décidé seulement que les navires venant d'Egypte avec patente nette seraient jusqu'à nouvel ordre soumis à une quarantaine d'observation, le Conseil laissant d'ailleurs à l'Intendance sanitaire le soin de prescrire, s'il y avait lieu, des mesures plus sévères tant aux Dardanelles que dans tous les autres ports de l'Empire. Ces mesures étaient prises le 5; le 6 arrivait la réponse de l'intendance sanitaire égyptienne ainsi conçue; « Santé publique parfaite, quelques cas de fièvre pernicieuse à Suez. Le choléra existe à Djeddah et à Yambo. » Ces nouvelles n'ayant pas paru nécessiter le maintien de la quarantaine d'observation, M. le Dr Bartoletti annonce que l'Intendance sanitaire a en conséquence contremandé les ordres envoyés la veille aux Dardanelles. M. le Délégué de Turquie ajoute que le Conseil Supérieur de Santé avait reçu d'autres dépêches, antérieures il est vrai, mais qui donnaient les meilleurs renseignements sur l'état de santé de l'Egypte. D'après une de ces dépêches, il ne restait plus à Djeddah, à la date du 14 mai, que 2,000 pèlerins à destination de l'Yémen, de la côte d'Afrique, du golfe Persique et des Indes; 5,000 étaient partis pour Suez à bord de huit bâtiments à vapeur. L'autorité qui avait surveillé avec le plus grand soin leur embarquement, devait exercer le même contrôle rigoureux à Yambo où l'on prenait des mesures en vue de l'embarquement des pèlerins partis de La Mecque pour Médine.

Le Dr Salem bey, qui n'avait pu assister à la précédente séance, exprime le regret de ne pas s'être trouvé là pour rassurer l'assemblée. La dépêche suivante, adressée par le ministre de l'intérieur d'Egypte à Riaz Pacha, Secrétaire de S. A. le Vice-Roi, lui permet de le faire de la manière la plus complète :

Traduction d'une dépêche chiffrée de S. E. Scherif Pacha, ministre de l'Intérieur, en date du (20 *Moharem* 1283) 4 *Juin* 1866.

—

« Il nous est arrivé une dépêche télégraphique du gouverneur de Suez, qui nous fait comprendre que le bateau à vapeur nommé *Dosok*, provenant de Djeddah,avait subi une inspection médicale,et que tous les passagers au nombre de 150 individus, avaient été trouvés dans un état de parfaite santé. Cependant on a mis le navire mentionné en quarantaine, par la raison que sa patente portait qu'il existe une maladie épidémique à Djeddah. Par la même dépêche nous apprenons aussi que les bateaux à vapeur nommés *Ibrahimia* et *Sidna*, étaient partis de Moussawah pour Djeddah ; que le bateau *Ibrahimia* est arrivé de Djeddah à Suez et qu'il y a été mis en quarantaine aussi, parce que sa patente était aussi suspecte.

» Mais, d'un autre côté, nous avons appris de la dépêche télégraphique envoyée par S. Exc. Ismaïl Sadik pacha et arrivée par le susdit bateau, ainsi que de son capitaine en second, nommé Ali Capitan, que lors du départ du port de Moussawah, il n'y avait aucune trace de maladie ; seulement l'agent consulaire de Moussawah avait envoyé une lettre au consul de France résidant à Djeddah, dans laquelle il lui disait que le choléra existait à Moussawah ; que de même il est arrivé des lettres aux négociants et aux médecins qui se trouvent à Djeddah, annonçant que le choléra s'était développé à Médine, à La Mecque et à Yambo, et que c'est par cette raison que l'on avait donné aux bateaux, au moment de l'embarquement, une patente suspecte. Par cette raison le capitaine de l'*Ibrahimia* s'est rendu à bord du *Sidna* et il est retourné à Moussawah pour vérifier s'il y a véritablement le choléra dans ce port, et le capitaine du *Sidna* est arrivé à Suez par le bateau *Ibrahimia*.

» Il y avait dans ledit bateau 409 passagers composés de soldats, d'officiers, de femmes et de domestiques. Tous sont arrivés en bonne santé et il n'y avait aucun cas de décès parmi les passagers de ces deux navires. Or,puisque d'un autre côté,il résulte d'avis authentiques qu'il n'y avait rien ni à Médine ni à La Mecque pendant le pèlerinage et que rien n'est arrivé

ni à l'équipage de ces deux navires qui avaient traversé ces localités, ni aux passagers, ni à ceux qui sont arrivés par le bateau *Dosok*, tout cela dément le bruit qui court.

» Au retour du navire le *Sidna* de Moussawah la vérité sera connue.

» Les copies des dépêches télégraphiques mentionnées furent envoyées à l'Intendance Sanitaire pour la mettre au fait. Grâce au ciel, il n'y a ni dans ces localités, ni parmi les pèlerins aucune trace de maladie.

» Toutefois, le président de l'Intendance Sanitaire est venu aujourd'hui et il a déclaré, que quoiqu'on ait répandu le bruit que lors du départ de la caravane de Médine, le choléra s'était manifesté, ces bruits sont cependant sans aucun fondement et qu'on ne doit pas y ajouter foi, attendu que nous n'avons reçu aucun avis à cet égard de la part de Hassan Effini Hachin.

» La raison pour laquelle on n'avait pas donné patente nette, est, comme l'annoncent les nouvelles arrivées de Djeddah, qu'il y avait eu 9 morts à Djeddah dans une seule journée et que les médecins ont déclaré que deux parmi ces neuf, étaient morts d'une maladie épidémique ; mais les maladies épidémiques sont très variées et, par conséquent, ce qui est dit ne doit pas nous alarmer.

» Cependant l'Intendance Sanitaire a jugé à propos de donner aux gouverneurs de Djeddah et de Moussawah l'ordre d'interrompre le passage des pèlerins vers l'Egypte, et à la direction de la compagnie Azizié de ne pas les recevoir dans ses bateaux, comme mesures de prudence à cause du doute qui existe à cet égard conformément aux décisions adoptées par la Conférence Sanitaire Internationale à Constantinople. Par conséquent les ordres nécessaires pour l'exécution ont été donnés. Aussi l'intendant de la compagnie anglaise a reçu, de la part du Consulat d'Angleterre, l'ordre de ne pas les recevoir sur les bateaux anglais. Nous espérons que ces bruits seront bientôt démentis pour le signaler immédiatement. »

Le Dr Salem Bey communique ensuite à la Conférence une dépêche du Dr Colucci-Bey annonçant qu'à la suite de quelques cas de fièvre pernicieuse algide survenus à Suez et attribués à la mauvaise qualité de l'eau du canal par suite de la baisse du Nil, le Gouvernement Egyptien avait pris de suite les mesures nécessaires pour fournir à la ville de l'eau de meilleure qualité. La même dépêche constate le bon état de santé de la population et aussi des pèlerins.

M. de Krause fait ressortir la contradiction qui existe dans les diverses dépêches communiquées à l'Assemblée. Toutes ces dépêches représentent l'état de la santé publique comme complètement satisfaisant et cependant elles sont unanimes à constater l'existence du choléra sur certains points et, dans d'autres localités, une augmentation de la mortalité dûe à des maladies d'une nature suspecte. M. de Krause soumet à la Conférence la proposition qui suit :

1° La Conférence émet le vœu que dans le cas où des nouvelles reçues d'Alexandrie seraient de nature à faire craindre que l'épidemie actuellement existante à Djeddâh ne se fût répandue en Egypte, il soit enjoint aux capitaines des bateaux à vapeur partant d'un port Egyptien de ne recevoir à bord que la moitié des passagers ordinairement admis.

2° La Conférence appelle itérativement l'attention de l'administration sanitaire sur le choix des localités où seront purgées les quarantaines. Il serait important qu'on désignât des localités le plus possible en dehors des voies ordinaires de communication.

3° La Conférence émet enfin le vœu que, dans le cas supposé ci-dessus, l'envoi des troupes Egyptiennes soit interrompu.

M. le Prof^r^ Bosi et quelques autres membres ne trouvent pas suffisamment clairs certains points de la dépêche lue par le D^r^ Salem-Bey, et n'hésitent pas à attribuer à des cas de choléra les décès constatés à Suez.

M. le D^r^ Fauvel partage cette manière de voir et croit qu'en tout cas les nouvelles reçues d'Egypte ne justifiaient pas la détermination de l'Intendance sanitaire de supprimer la quarantaine d'observation. M. le D^r^ Fauvel propose que la Conférence exprime le vœu que cette quarantaine soit rétablie et maintenue jusqu'à nouvel ordre.

M. le D^r^ Maccas pense de même que le télégramme de l'intendance sanitaire d'Alexandrie n'était pas tel qu'on dût suspendre les mesures décrétées par le Conseil Supérieur de Santé conformément au vœu de la Conférence. M. le Délégué de Grèce conclut comme M. le D^r^ Fauvel, en insistant pour que la Conférence émette encore une fois le vœu que la quarantaine d'observation soit rétablie pour les provenances d'Egypte jusqu'à l'arrivée de nouvelles vraiment rassurantes.

MM. le C^te^ de Lallemand, Stenersen et Prof^r^ Bosi appuient également cette proposition.

M. le D^r^ Bartoletti pense au contraire que ce serait établir un fâcheux

précédent et aller contre tous les principes que de traiter la patente nette comme la patente brute. Une pareille sévérité se comprendrait si le choléra épidémique existait réellement en Egypte, mais rien ne le prouve, attendu que le télégramme du 31 mai ne parle que d'un cas sporadique et que la mortalité plus qu'ordinaire de Suez qui date du 15 mai est un fait antérieur au retour des pèlerins et n'ayant dès lors aucune liaison avec le bruit qui s'est répandu d'une réapparition du choléra à Djeddah. A moins de vouloir frapper l'Egypte d'une quarantaine de 15 jours parce que le choléra existerait au Hedjaz, M. le Dr Bartoletti opine qu'il y a lieu d'attendre des renseignements plus précis. Le cas échéant l'administration ottomane ne manquerait pas de prendre les mesures nécesaires pour sauvegarder la santé publique.

Le Dr Salem bey s'associe de tous points à ces observations. L'intendance sanitaire ne devait et ne pouvait agir autrement qu'elle l'a fait : il faut, d'ailleurs, éviter avec le plus grand soin de prendre des mesures prématurées, ce serait inutilement jeter l'alarme parmi les populations.

M. le Dr Monlau est d'avis que la Conférence ne devrait plus émettre de vœu : le Conseil supérieur de Santé n'ayant pas cru devoir déférer à celui qu'elle avait exprimé que les provenances d'Egypte fussent mises en quarantaine, il serait de sa dignité de s'abstenir.

M. le Dr Fauvel repousse le reproche que M. le Dr Monlau adresse au Conseil de Santé : la Conférence a certainement le droit d'émettre des vœux, mais c'est au Conseil de Santé à voir et à apprécier dans quelle mesure il convient d'en tenir compte.

M. le Cher Pinto de Soveral introduit la proposition suivante :

« La Conférence espérant que le Conseil supérieur de Santé prendra toutes les mesures qu'elle a indiquées, ne peut se dispenser de lui recommander de nouveau les mêmes mesures, en lui laissant la responsabilité des conséquences qui pourraient résulter de leur non-adoption. »

Un grand nombre de membres demandant la clôture de cette discussion, M. le Président met aux voix la proposition de M. le Dr Fauvel qui est adoptée à la majorité de 18 voix contre 2, celles de MM. les Drs Monlau et Salem bey. M. Segovia et MM les Délégués d'Autriche, de la Grande Bretagne et de la Turquie désirent qu'il soit constaté qu'ils se sont abstenus de prendre part au vote.

M. de Krause déclare qu'il est prêt à retirer temporairement sa propo-

sition qui n'est que le complément de celle de M. le Dr Fauvel, si la Conférence le juge à propos ; il demanderait dans ce cas qu'il fût immédiatement passé à l'ordre du jour.

M. le Cher Pinto de Soveral insiste pour que sa proposition soit mise aux voix auparavant.

M. le Président consulte la Conférence qui se prononce, à la majorité de 18 voix contre 2, pour l'ordre du jour, c'est-à-dire pour la continuation de la discussion sur le mode de composition et la nomination des commissions pour l'étude du 3me groupe du programme.

Le Dr Salem Bey et M. le Cher Pinto de Soveral protestent contre ce vote M. le Cher Pinto de Soveral maintient le droit qu'il avait d'exiger que sa proposition fût mise aux voix.

A la suite d'une discussion qui s'engage entre MM. le Dr Fauvel, Dr Sawas, S. E. Salih Efendi, Dr Dickson, Segovia, Kalergi, Prof Van Geuns, Prof Bosi, Dr Bartoletti et Dr Monlau, il est décidé que la Conférence toute entière sera divisée en trois Commissions correspondant aux trois sections du 3me groupe du programme, qu'on tirera au sort successivement les Délégués diplomates et les Délégués médecins qui devront faire partie de chacune de ces trois Commissions, enfin qu'elles rendront compte directement à la Conférence du résultat de leurs travaux.

Sont désignés pour faire partie de la 1re Commission MM: Vetsera, Segovia, Keun, Mirza-Malkom-Khan, et MM. les Drs Monlau, Spadaro, Goodeve, Millingen, Gomez, Mühlig et Lenz.

Pour la seconde, MM. le Cte de Noidans, Cher Pinto de Soveral, Oluf Stenersen, S. E. Salih Efendi, et MM. les Drs Dickson, Maccas, Salvatori, Sawas, Pelikan, Bon Hübsch et Bartoletti.

Pour la troisième, MM: le Cte de Lallemand, Kalergi, Vernoni, de Krause, et MM. les Drs Polak, Sotto, Fauvel, Bosi, Van Geuns, Bykow et Salem Bey.

MM. les Drs Mühlig et Millingen déclarent que, n'admettant pas la classification du 3me groupe telle qu'elle a été adoptée, ils n'acceptent que conditionnellement. M. le Dr Mühlig pense d'ailleurs que les Commissions auront, comm e la Commission chargée de l'examen du 1er et et du 2e groupe, la faculté de ne pas s'en tenir strictement à la lettre du programme.

M. Stenersen demande que les Commissions ne se réunissent qu'à la fin de la discussion du rapport de M. Fauvel qui doit être la base de leurs

travaux. Cette motion qui est combattue par divers membres donne lieu à une discussion à laquelle prennent part successivement MM. le Dr Polak, Dr Bykow, Cte de Lallemand, Dr Gomez, Stenersen, Dr Goodeve et Dr Monlau; finalement, la Conférence s'ajourne au samedi 9 du courant pour commencer la discussion du rapport de M. le Dr Fauvel, les commissions étant laissées maîtresses de décider si elles croient ou non pouvoir entrer en délibération avant l'adoption définitive de ce rapport.

Il est en outre décidé que le projet de classification des questions du 3me groupe lu par M. le Dr Fauvel à la 11me séance sera imprimé pour être distribué à chacun des membres de la Conférence.

La séance est levée à 5 heures moins un quart.

Le Président de la Conférence Sanitaire,

SALIH.

Les Secrétaires,

Bon DE COLLONGUE — Dr NARANZI.

N° 14.

SÉANCE DU 9 JUIN 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 9 juin, à midi, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa quatorzième séance, dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Etaient présents :

Pour l'Autriche :

M. VETSERA, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur SOTTO, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

M. le Docteur POLAK, ancien archiâtre de S. M. le Schah de Perse.

Pour la Belgique :

M. le comte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne;

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur Ignace Spadaro;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M. Kalergi, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. le Professeur J. Van Geuns ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

Mirza-Malkom-Khan, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur Sawas Efendi, inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard PINTO DE SOVERAL, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio GOMEZ, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. H. de KRAUSE, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi de Prusse ;

M. le Docteur MÜHLIG, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur LENZ, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur BYKOW, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna.

Pour la Suède et la Norwège :

M. OLUF STENERSEN, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron HÜBSCH ;

Pour la Turquie :

S. Exc. SALIH EFENDI, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur BARTOLETTI, inspecteur-général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(*Pour l'Egypte*) : le Docteur SALEM BEY, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S. A. le vice-roi d'Egypte;

M. le Dr Naranzi l'un des Secrétaires donne lecture du procès verbal de la 12me Séance dont la rédaction est approuvée.

Sur l'avis de plusieurs Délégués la Conférence décide :

1° D'abréger les procès verbaux des séances, autant que possible, pour que l'on puisse les avoir régulièrement à la suite de chaque séance.

2° De remettre à la fin de la séance la communication de télégrammes et autres sujets qui ne sont pas portés sur l'ordre du jour.

S. E le Président donne la parole à M. Fauvel pour entreprendre la lecture du rapport général sur lequel la discussion est ouverte.

Après une conversation engagée entre plusieurs membres, la Conférence décide de donner lecture du titre de chaque chapître du rapport général. La discussion, s'il y a des observations à faire, sera de la sorte portée en détail sur chaque chapître et sur chaque paragraphe.

M. Fauvel s'arrête sur l'introduction du rapport général (page 1re et moitié de la 3me)—adoptée à l'unanimité. Il passe ensuite au premier groupe de questions: le premier chapître (jusqu'au commencement de la 6me page) est adopté à l'unanimité.

M. Fauvel s'arrête au 2me chapître :

Plusieurs délégués demandent la parole dans l'ordre suivant: MM. Lenz, Bykow, Polak, Malcom Khan, Sawas, Van-Geuns, Bartoletti, Segovia, Pelikan, Gomez.

M. Fauvel prévient qu'il ne prendra la parole, pour soutenir le rapport général, qu'après que tous les orateurs auront présenté leurs observations.

M. Lenz fait une déclaration dans ce sens :

Son nom, dit-il, et celui de son collègue M. le D. Bykow, ont été, par un malentendu, omis du nombre de ceux qui avaient voté contre le paragraphe concernant la Perse, que lui et son collègue n'avaient pas voté lorsque la Commission générale s'était occupée de l'examen du rapport de la première sous-Commission. A la lecture du rapport général ils ont cru que le vote ne se rattachait qu'à la vérification de l'exactitude du texte.

M. Lenz déclare n'avoir jamais regardé la Perse comme une contrée douteuse par rapport à l'*endémicité* du choléra, parce que les relations continuelles et multiples entre ce pays et la Russie lui auraient sans doute révélé l'état endémique du choléra dans la Perse, et en outre la maladie aurait été beaucoup plus souvent qu'elle ne l'a été, transmise à la Russie, laquelle, dans l'espace de 43 ans, n'a reçu le choléra de la Perse que 3 fois et toujours aux époques des grandes épidémies qui ont parcouru le monde.

M. Gomez demande que sa signature soit ajoutée à la déclaration de M. Lenz,

M. Bykow présente quelques considérations sur le même sujet. Il commence par confirmer les observations de M. Lenz à propos du vote du paragraphe concernant la Perse et il ajoute, qu'on ne connaît aucune épidémie cholérique qui eut eu son origine dans une partie quelconque

de la Perse—le voisinage, dit-il, de la Perse avec la frontière Russe et les grandes relations commerciales entre les deux pays démontrent à l'évidence la non endémicité du choléra en Perse. Ce pays a joué, pense-t-il, par rapport au choléra, le même rôle que le Hedjaz. Selon M. Bykow, la Commission, qui a pris en considération l'assertion de Burkardt pour exhonérer le Hedjaz, aurait dû tenir compte aussi de l'affirmation de plusieurs voyageurs très accrédités qui ont visité la Perse et qui assurent de la manière la plus formelle que le choléra n'y est pas endémique. (Camper,— Malcolm,— Fraser,—Goubinot,— Bromchet,— Polak.)

M. Bykow se croit autorisé à faire une distinction entre la Perse et les pays peu connus mentionnés dans le rapport, tels que l'Indo-Chine, la Chine, etc. Il finit par dire qu'il ne croit pas non plus à l'identicité du climat géographique du sud de la Perse et du Bengale dont les conditions climatériques spéciales lui paraissent intimement liées avec l'existence au Bengale, du Gange et de ses embouchures.

M. Polak attaque le texte et la conclusion du 2me chapître du rapport général relatif à la Perse, et se sert des arguments suivants :

Ayant fait, dit-il, en Perse un séjour de neuf ans, il a bien étudié le pays, il en a puisé tous les renseignements possibles auprès des ambassades et consulats, auprès des médecins européens résidant à Tabris, Recht, Kirman, Chiraz, et de toutes ses informations, de ses recherches, de ses études, il ressort, de la manière la plus probante que l'*endémicité du choléra en Perse est une prétention qui ne saurait être nullement* justifiée. Malgré sa position géographique et les communications continuelles qu'elle entretient par mer et par terre avec l'Inde qui lui a maintes fois, et plus souvent qu'à d'autres pays, communiqué le choléra, le choléra, fait-il observer, n'y est jamais né spontanément et il n'y est jamais resté à l'état d'endémicité : au contraire il s'y est épuisé, vu la dissémination de la population, plus vite qu'ailleurs.

C'est ainsi, dit M. Polak, que depuis 1855 jusqu'à 1860 il n'y a eu la moindre trace de maladie. Pour ce qui est, continue M. Polak, du littoral du golfe Persique qui est le plus soupçonné, outre les mille témoignages en faveur de la non-endémicité du choléra, il suffit de rappeler que la maladie n'a point du tout paru lors de l'expédition anglaise dans le golfe Persique, bien que les troupes vinssent des Indes.

On a décidé, paraît-il, de mettre la Perse dans la catégorie des pays douteux pour contraindre, dit M. Polak, le gouvernement Persan à établir

une intendance sanitaire et aussi pour mettre ordre au transport des cadavres à Kerbelah — transport auquel on attribue la transmission de la maladie à Bagdad. — Mais, M Polak, sans vouloir s'arrêter sur une pareille supposition, se demande s'il n'y aurait pas d'autres moyens plus simples pour atteindre le but, sans faire, par une assertion fausse, du tort à la Perse. Il est le premier, dit M. Polak, à reconnaître la nécessité d'un service sanitaire régulier en Perse, et à cet effet il a consacré les meilleures années de sa vie et il peut assurer que S. M le Schah de Perse lui-même accepterait très volontiers un pareil service. Mais cela, fait observer M.Polak,devrait être fait à l'amiable et non pas par menace et par intimidation en déclarant le choléra endémique en Perse — car cela faisant, on aurait l'air de vouloir y établir une quarantaine continuelle et de vouloir l'y maintenir par l'influence de la Russie et de la Turquie, ce qui ruinerait le commerce assez considérable de la Perse — comme cela était arrivé jadis et avant que la Sublime Porte ne l'eut abolie.

M. Polak déclare que n'ayant aucun intérêt à flatter le gouvernement Persan, ce qu'il vient de dire est l'expression de sa profonde conviction et de ce qu'il croit être la pure vérité.

M. Polak, en finissant, formule la proposition suivante :

« La Conférence se croit assez renseignée pour admettre que le choléra n'est pas à l'état d'endémie en Perse (et dans les îles de Soude).

Mirza Malcom Khan réfute par écrit le 2me chapître du premier groupe du rapport-général qui a trait à la Perse.

La Perse,dit Mirza Malcom-Khan, est injustement classée parmi les pays les moins connus. Selon lui, elle est parfaitement connue et il allègue à l'appui de sa croyance les considérations suivantes :

1° Depuis 60 ans les grandes puissances européennes ont des légations fixes en Perse, et depuis cette époque la Perse a envoyé en Europe plus de 20 ambassades — outre les missions diplomatiques qu'elle entretient régulièrement dans les capitales de l'Europe.

2° Depuis le commencement de ce siècle la Perse a envoyé en Europe des élèves pour étudier les lettres, les sciences et les arts de l'Occident.

La Perse a été cent fois visitée par des voyageurs de renom, et cent fois explorée par toute sorte de missions envoyées de l'Europe ; tout a été par ces missions, dit Mirza Malcom-Khan, fouillé, examiné, étudié, connu,—religion, histoire, mœurs, ruines, agriculture, etc.;on a pu même,

grâce aux femmes, porter l'examen à travers les barrières même des *harems*.

4° Les télégraphes mettent l'Europe en communication avec les provinces les plus reculées de la Perse — il y a en outre le service régulier et important des courriers diplomatiques.

Ainsi donc, dit Mirza-Malcom-Khan, les auteurs du rapport général ne sont nullement justifiés à considérer la Perse comme un pays suspect pour la raison qu'il y a défaut de connaissance sur elle.

Comment pourrait-on admettre, se demande Mirza-Malcom-Khan, que tant d'auteurs différents qui ont vécu en Perse pendant des années aient pu ignorer ou aient passé sous silence un évènement aussi grave que la naissance et le développement du choléra en Perse? — Dira-t-on qu'ils étaient incompétents? — mais plusieurs d'entre eux étaient médecins et médecins très estimables — on n'a qu'à citer, dit Mirza-Malcom-Khan, un seul qui est notre collègue M. le Dr Polak que la Perse avait reçu du Gouvernement autrichien : il en omet par brièveté les noms de beaucoup d'autres.

Indépendamment de tout cela, le passage qu'il attaque devrait, dit Mirza Malcom-Khan, être rayé du rapport dans l'intérêt même et pour l'honneur de la Conférence. Un aveu d'ignorance de sa part, la compromettrait aux yeux de l'Europe qui connaît parfaitement la Perse et beaucoup mieux qu'elle ne connait beaucoup d'autres pays.

La Perse, conclut Mirza Malcom-Khan, est un gouvernement qui a toujours été empressé à prendre toutes les mesures, et à faire tous les sacrifices que l'intérêt de la santé publique pourrait lui conseiller. Si donc, dit-il, les Délégués Persans se trouvent dans la nécessité de se soulever contre l'accusation jetée sur la Perse, c'est principalement pour ne pas laisser subsister dans les travaux de la Conférence, l'aveu d'un si grand défaut de connaissances.

La Conférence, au contraire, doit savoir de la manière la plus positive que le choléra asiatique n'a jamais été observé en Perse à l'état d'endémie.

Pour plus ample démonstration de sa thèse, Mirza Malcom-Khan se remet aux lumières de son honorable collègue qui fera connaître en détail les preuves sur lesquelles il s'est appuyé.

M. Sawas donne lecture d'un discours dont le but est aussi de combattre l'idée qui a fait ranger la Perse parmi les pays sur lesquels l'absence de notions

empêche la Conférence d'exclure formellement l'endémicité du choléra.

La démonstration de M. Sawas est partagée en trois parties, à savoir :

1° Question de voisinage au point de vue géographique.

2° Notions historiques concernant l'existence du choléra en Perse avant l'année 1821.

3° Notions historiques sur les invasions cholériques en Perse depuis l'année 1821 jusqu'à la dernière épidémie.

M. Sawas commence par établir que quatre grands déserts séparent la Perse des Indes ; la distance, dit-il, est tellement grande que toute communication par terre entre le Sud de la Perse et les Indes est presque impossible. A l'appui de cette assertion M. Sawas cite Nadar Schah, le général Gardane et autres.

M. Savas fait observer qu'il n'y a que l'extrême Nord.—Est de la Perse qui offre un passage à travers des pays intermédiaires très-vastes, mais dont les populations sont très-clair-sémées. Par ce passage seulement la Perse peut se mettre en communication par terre avec les Indes.

M. Sawas établit ensuite que les communications directes par mer, de la Perse aux Indes, sont subordonnées à certaines conditions de saison; par exemple, pour aller directement de Bombay au golfe Persique, on ne peut entreprendre le voyage que pendant 5 mois de l'année seulement. On peut hardiment affirmer, dit M. Sawas, que les communications par mer de la Perse avec les Indes ne sont qu'indirectes.

Après cela, M. Sawas indique les voies par lesquelles le choléra envahît plusieurs fois le territoire Persan, car M. Sawas ne prétend pas nier que la Perse n'ait reçu et transmis le choléra. Jusqu'à l'année 1821, assure M. Sawas, le choléra a été pour la Perse une maladie tout-à-fait inconnue. A l'appui de ce fait il cite les ouvrages de plusieurs voyageurs très accrédités, qui n'en font pas mention, par exemple (Sir John Malcolm — Jukes et autres. Le nom même équivalent de choléra n'existait pas d'après ces auteurs.)

Pour le second point de son argumentation M. Sawas croit nécessaire de parler incidemment du corps médical en Perse. Il y existe de nombreux et éclairés médecins étrangers, un corps médical indigène — une école de médecine A cause de tout cela, affirme M. Sawas, il y a des notions très-exactes sur l'état sanitaire de la Perse. Ce qui n'exclut pas ajoute-t-il — l'existence de grandes lacunes.

Ensuite M. Sawas présente un tableau sommaire des épidémies cholériques qui ont régné en Perse depuis 1821.

La Perse, dit M. Sawas, a été envahie en deux endroits différents. Les Persans ont connu le choléra en Turquie en 1821, époque où les deux pays étaient en guerre : A cet effet, M Sawas, cite la narration de l'épidémie faite par Abbas Mirza, dont le rapport mérite la plus grande confiance, selon Sir John Malcolm lui-même. De cette même épidémie, qui a continué jusqu'en 1823, et qui fit sa première apparition à Bassora en 1821, Graves aussi en parle dans la 23e leçon de sa clinique.

Seconde invasion cholérique en Perse 1824.

En 1824, dit M. Sawas, le choléra sévissait avec une véhémence insolite dans les Indes. En 1829 il éclatait à Orembourg (en Russie), qui entretient un grand commerce avec la Bouhkarie — D'Orembourg le choléra passait à Kiakhta, ville de la frontière de l'Empire Russe où se tient une grande foire et de Kiakhta le choléra se communiquait à Caboul en 1829 après la foire — de là il passa progressivement à Herat, Meched et éclata l'année suivante à Téhéran. Cette épidémie sévit en Perse durant 3 ans.

Depuis cette époque, fait observer M. Sawas, le choléra disparut complètement de la Perse jusqu'en 1845.

3me invasion cholérique.

En 1845 le choléra éclate de nouveau à Téhéran et il y reste jusqu'en 1846.— De la Perse le choléra passe en Russie et en Turquie, du côté de Bagdad. En Perse il s'éteint complètement ; en 1848 cette épidemie est venue de l'Inde par l'Afganistan, Boukhara et Samarkand.

4me invasion cholérique.

En 1851 le choléra s'étant manifesté à Bassora il a pris deux directions différentes — l'une vers l'est — l'autre vers l'ouest. — Il a envahi Bagdad. En 1852 le choléra dépassa la frontière et passa en Perse et de là il envahit le Russie par Astrakan.

5me épidémie.

A la fin de l'année 1860, le choléra est venu avec les troupes persanes qui rentraient de Turkmen, et dans sa marche rapide il envahit la Turquie.

Voilà le tableau, dit M. Sawas, des épidémies connues. En 1865 la Perse s'est préservée du choléra en fermant ses principaux ports aux provenances de la côte arabique.

M. Sawas conclut, quant au 2me point de sa démonstration, que depuis 1821 jusqu'à la dernière épidémie, la Perse n'a eu que 5 fois le choléra. Le choléra a été donné plusieurs fois à la Perse et la Perse l'a donné à son tour à la Turquie et à la Russie.

Le choléra, pense-t-il, a envahi plus souvent le territoire persan par le Nord-Est et le Nord — rarement par le Sud qui renferme les provinces sur lesquelles pèse le doute.

A ce sujet, M. Sawas présente d'autres preuves tirées des rapports du consul d'Angleterre à Bouchir, dans le golfe Persique, et, d'autres autorités anglaises. Persister dans le doute après les éclaircissements et les preuves qu'il vient de donner, dit M. Sawas, ce serait donner une preuve de sévérité préméditée à l'égard de la Perse, ce serait peut-être la maltraiter. D'ailleurs la Perse témoigne de son ardent désir d'entrer dans le concert sanitaire européen — cette sévérité donc serait d'autant plus déplacée. Telle n'est pas, pense-t-il, l'intention de la Conférence, laquelle, loin de vouloir maltraiter et s'aliéner la seule puissance purement asiatique qui a compris l'importance et l'utilité des lumières de l'Occident, et qui lutte victorieusement pour les répandre chez elle et ses voisins, renferme les délégués des gouvernements éclairés qui ont de tout temps témoigné une si grande sympathie à la Perse et à la civilisation renaissante de cette contrée si glorieuse et si célèbre jadis.

Pour toutes ces considérations, M. Sawas présente en son nom et en celui de son collègue S. E. Mirza Malcom Khan l'amendement suivant :

« Que la Perse soit rayée de la catégorie des pays parmi lesquels on croit devoir maintenir des doutes à propos de l'endémicité du choléra. »

M. Van Geuns lit un mémoire dans lequel il expose les motifs qui l'ont conduit à voter contre le 2me chapitre (page 6 et 7 du rapport-général. Les principaux arguments dont M Van Geuns se sert pour expliquer son vote négatif sont les suivants :

La Commission a établi, d'après lui, sur des principes injustes, la distinction tout a fait arbitraire, en deux catégories des pays limitrophes plus ou moins voisins de l'Inde, sur le compte desquels il n'existe pas de données suffisantes pour se prononcer, et les contrées où il est incontestable que le choléra est toujours venu du dehors. Cette classification en outre n'a, pense t-il, aucune utilité pour le but pratique du travail de la Conférence.

Quand aux îles de l'Archipel Indien que la Commission a mises dans la

catégorie des pays douteux, M. Van Geuns espère prouver qu'on doit, avec pleine conviction, les classer parmi les pays où il est incontestable que le choléra y est toujours venu du dehors.

Le voisinage de l'Inde a donné lieu, tout d'abord, dit M. Van Geuns, au doute. Or donc la première chose à entreprendre, c'est de voir, c'est de constater jusqu'où s'étendent les limites de ce voisinage. Pas autant, à coup sûr, dit M. Van Geuns, que la Commission a voulu l'établir d'une manière très vague, en y comprenant presque toute l'étendue de l'Asie, de l'Orient à l'Occident.

Secondement, il est injuste, selon lui, de classer tout pays peu ou mal connu dans la catégorie des pays douteux. A ce compte la Commission aurait dû y comprendre beaucoup de pays inconnus qu'elle ne mentionne pas, mais chacun voit, fait observer M. Van Geuns, où aboutirait une pareille doctrine. Indépendamment de cela est-il bien vrai, se demande-t-il, que nous savons le dernier mot sur les épidémies de choléra dans tous les pays que la Commission a mis hors de doute ? Le rapport lui-même peut répondre à cette question, car il dit qu'il n'a pas été toujours possible de suivre la filiation des faits. Inutile donc de s'arrêter sur l'opinion des médecins non contagionistes et des historiens des épidémies. Toutefois M. Van Geuns ne conteste pas qu'en dehors des Indes il puisse y avoir des pays où le choléra naît spontanément. Il se borne à dire que jusqu'à présent on ne les connait pas.

Pour soutenir qu'un pays a le choléra en état endémique, il faut, dit M. Van Geuns, des faits bien constatés, surtout en vue de la pratique, et des preuves directes Le doute là dessus n'est pas permis, car sur un simple doute on n'est pas autorisé à prendre des mesures; mesures très sévères consistant à interrompre les rapports avec ces pays, ou du moins à les surveiller avec la plus grande sévérité. Pour ces raisons M. Van Geuns a dû, dit-il, rejetter le principe adopté par la Commission.

Après cela, M. Van Geuns passe à examiner si, en admettant même le principe posé par la Commission, on peut assigner aux îles de l'Archipel Indien une place parmi les pays limitrophes ou voisins de l'Inde sur le compte desquels on n'a pas des données suffisantes pour se prononcer si le choléra y est toujours venu du dehors.

D'abord, fait observer M. Van Geuns, parmi ces pays limitrophes il y en a de situés sur le même continent et d'autres qui sont

à une distance plus ou moins grande, séparés par la mer. Cette circonstance est d'un grand poids. Car sur le vaste Archipel Indien une série d'îles y sont disséminées, cette série comprend une distance de 30° c'est-à-dire la 12me partie de la circonférence du globe. Cette étendue est comprise entre le point le plus occidental de Sumatra 95° et Menado 125°.

Du point le plus rapproché de Sumatra jusqu'à Calcutta et les embouchures du Gange il y a une distance à peu-près égale à celle qui sépare Alexandrie de Naples. Il est vrai que la presqu'île de Malacca y est beaucoup plus rapprochée, mais elle est séparée des possessions hollandaises par le détroit de Malacca.

M. Van Geuns ne veut guère tirer parti d'autres considérations géographiques, ayant hâte, dit-il, d'aborder la question en elle-même. Cette question ne peut être mieux comprise ni résolue que par un aperçu historique des différentes épidémies qui ont régné dans les colonies Néerlandaises de l'Archipel Indien. Le choléra s'y montra pour la première fois en 1821 et fit sa première invasion à Java. En 1825, il pénétra jusqu'aux Molluques. Un fait de la plus haute importance qu'il importe, dit M. Van Geuns, d'enregistrer, c'est que les îles le plus en rapport de commerce avec les Indes, ont été depuis la première invasion cholérique, le théâtre principal des épidémies — c'est par elles que le choléra a toujours commencé sa marche, ce qui tend à prouver l'importation. Quelquefois cette marche a duré quatre ans pour atteindre les îles les plus éloignées, les Molluques. M. Van Geuns renvoie à l'ouvrage de Hirsch pour connaître ce qui s'est passé dans l'archipel Indien jusqu'en 1830. Depuis cette époque le choléra disparait jusqu'en 1851, où il se montre de nouveau à Sumatra.

Selon cet auteur le choléra non-seulement ne se maintint nulle part dans ces villes, mais il y disparut pendant 20 ans.

M. Van Geuns affirme que depuis l'année 1851 aucune autre épidémie n'a eu lieu dans les îles de l'Archipel Indien jusqu'en l'année 1855. Trois ans plus tard, c'est-à-dire en 1858 et 59 le choléra fit une nouvelle invasion de peu d'importance. Ce n'est, ajoute M. Van Geuns, qu'en 1864 qu'a eu lieu une épidémie grave, qui s'est éteinte, d'après ce qu'on a appris, l'année suivante. De sorte que, fait-il observer, depuis 1851 on n'a enregistré que 4 épidémies, bien que dans les années intermédiaires il y a eu parfois quelques cas de choléra sporadique qu'on serait autorisé à considérer comme des cas de choléra nostras. En voici les chiffres : En 1853, 151

cas ; En 1854, 282 cas ; En 1857, 139 cas ; En 1862, 8 cas. Mais pendant les années 1856—60 et 61 il n'y a eu absolument aucun cas de choléra dans les colonies néerlandaises. Ainsi point de doute, dit M. Van Geuns, sur la non-existence du choléra à l'état d'endémicité dans ces îles.

Après tous ces renseignements, M. Van Geuns descend dans les détails concernant l'invasion et la marche de la maladie en question et démontre que le choléra y a été chaque fois importé. Ces détails concernant la 1re épidémie sont tirés des ouvrages de Bleeme, Riehl, Muller, Schilet, etc.

Il importe aussi, poursuit M. Van Geuns, de résoudre une objection qui a été soulevée dans la Commission concernant la partie de ces îles qui ne relèvent pas du Gouvernement néerlandais. L'objection, pense M. Van Geuns, perd toute sa force si l'on prend en considération le chiffre minime de la population qui échappe au contrôle officiel, tandis que ce contrôle s'exerce, de la manière la plus satisfaisante, sur une population de 25 millions d'âmes sur le compte desquelles portent les détails dont il a été question plus haut. Pour M. Van Geuns l'essentiel est de bien connaître tout ce qui se rapporte aux îles de Sumatra et de Borneo Les îles trop éloignées pour être comprises dans le cercle déjà très vaste des pays limitrophes ne peuvent pas entrer dans la question. Par conséquent, M. Van Geuns, après avoir parlé et de l'étendue, et du climat géographique, et de la population et des conditions hygièniques, et des épidémies cholériques des îles de Sumatra et de Borneo, conclut que tout ce qui se réfère s'y donne le droit de repousser la supposition d'un foyer originel du choléra dans ces îles. L'importation du choléra y a toujours été constatée

Pour mieux développer cette conclusion, M. Van Geuns ajoute : Un gouvernement qui s'est intéressé avec tant de zèle à poursuivre des recherches scientifiques dans ses colonies, ne peut pas avoir perdu de vue leur condition sanitaire, de sorte que l'on ne peut pas avancer qu'il est impossible de juger la question faute de données suffisantes. Loin de là, on peut puiser des données scientifiques et médicales de toute sorte dans les mémoires des médecins de Java, parmi lesquels figurent des noms très connus, ceux par exemple de Blume-Junghu — Triedmann — Haskarl — Bleeker—Bosch et beaucoup d'autres. Pas un d'eux ne parle du choléra endémique dans ces pays. Peuvent-ils l'avoir omis à dessein ? non certes, car tous sont d'accord pour dire que le choléra y a toujours été importé du dehors. Donc il est impossible, dit M. Van Geuns en finissant, de rester

dans le doute — c'est pourquoi il pose les deux questions suivantes sur lesquelles il appelle toute l'attention de l'honorable Conférence :

1° Faudra-t-il maintenir la catégorie des pays douteux ?

2° Serait-il juste de comprendre parmi les pays douteux les îles de l'archipel Indien?

M. Bartoletti pense que le vrai sens de l'article concernant la Perse n'a pas été bien saisi. Mais c'est à M. le Rapporteur, dit-il, qu'il incombe d'en expliquer le vrai sens. Ayant voté pour cet article, M. Bartoletti tient à faire connaître les motifs qui l'y ont décidé. Ce n'est pas un discours qu'il se propose de faire, il se borne, dit-il, à présenter quelques notes puisées aux archives de l'Intendance, grâce auxquelles on pourra compléter les renseignements de M. Sawas.

Les notes qu'il se fait un devoir de communiquer à l'assemblée comprennent les faits épidémiques qui se sont succédé en Perse depuis 1851 jusqu'en 1861.

En 1851 le Consul de France à Bassora annonçait que le choléra avait éclaté dans cette ville. Le 2 juillet il avait atteint le chiffre de 40 à 50 décès par jour. Le premier à succomber avait été le directeur de la quarantaine. Le 16 juillet, le Consul d'Angleterre écrivait que le choléra s'était manifesté avec intensité à Mohaméra. Le 24 il était à Samarat et à Sinatié. Le 29 à Imam-Ali, 20 morts par jour dans le fort de l'épidémie) Le 12 août le choléra s'était déclaré à Hilla. — Du 12 août au 7 septembre le nombre des décès a été de 1080 et 48 militaires sur une population de 20 000 âmes. — Le 11 septembre l'épidémie s'était déclarée à Bagdad où jusqu'au 18 novembre elle a fait 1587 victimes sur 60,000 habitants. Le 18 septembre le choléra est à Imam-Mousa, à une heure de distance de Bagdad ; il y a eu 433 décès en un mois sur une population ordinairement très restreinte, mais qui comprenait à cette époque 12,000 pèlerins persans sur lesquels l'épidémie sévit. Le choléra a suivi deux courants—l'un de Bassora vers l'ouest, a atteint Souh-el-Chuk, Samavat, Sinafié, Imam-Ali et Hilla — l'autre vers l'est par Mohamara — il attaque plusieurs tribus nomades et successivement Suleimanié et Revandouz. — D'après le Dr Belleli, médecin-sanitaire, les pèlerins persans ont contribué à répandre et à maintenir la maladie, grâce à leur affluence, et à leur encombrement, dans les villes et les villages où ils s'arrêtent d'habitude. (Voir les rapports de MM. Padouan et Belleli.)

En 1852 — quelques cas sporadiques ont été observés, dans la première moitié de l'année, à Bagdad et autres localités de la Mésopotamie, — la maladie règnait avant dans plusieurs villes et districts de la Perse. Le 17 novembre, le choléra, d'après une dépêche du ministre d'Angleterre à Téhéran, était à Tauris.

En 1853, l'inspecteur de Bagdad rapporte, en date du 1er juin, que le choléra faisait des ravages à Téhéran. D'après le même, le 15 juin le choléra avait atteint Asterabad dans la mer Caspienne, et le 29 juin Bouchir et Chiraz.— On redoutait, dit l'inspecteur, une invasion de l'épidémie par les parages du golfe Persique, comme cela avait eu lieu à Bassora en 1851. Déjà, dès le 13 juin, le choléra était à Hamandan et à Kermanchah— c'est pourquoi il fut convenu, dit M. Bartoletti, de soumettre les provenances de la Perse à une quarantaine d'observation et d'interdire l'entrée des cadavres dans le territoire ottoman. Le 19 octobre, l'inspecteur annonce que le choléra est à Bassora, importé de Mohamara. — Les troupes du Chah ravagées par le choléra se dispersent et infectent toute la Perse. Le 18 novembre il passe par la voie de Bassora, de Perse à Bagdad.

En 1855. L'inspecteur annonce que le 17 octobre le choléra s'est manifesté à Téhéran — Cette nouvelle est confirmée par le consulat Britannique. Plus tard il est à Tébris. Au mois d'octobre 13,493 pèlerins persans avaient passé par la quarantaine de Hanequine et le 13 novembre le choléra était à Kamadan. Le 28 novembre la caravane de La Mecque arrivée à Imam-Ali était en bon état de santé, bien qu'elle eut eu le choléra en route.

En 1856. Le choléra fait des ravages en Perse dans la ville de Recht, capitale de Guilan près de la mer Caspienne. Le 6 août il est à Téhéran, (14 à 15 victimes par jour). Le 17 septembre il se déclare à Ispahan, à Hamadam, à Kermanchah. Le 10 octobre 3,600 pèlerins sont en quarantaine à Kanizitih et il y a parmi eux 8 à 10 cas de choléra par jour. Ils dérobent leurs cadavres, qu'ils jettent dans le désert et dans le Diala, ainsi que leurs malades qu'ils cachent parmi leurs bagages, à la vue des agents de la Santé. Un soulèvement des quarantenaires a lieu, plusieurs centaines s'enfuient, passent la Diala et sont ramenés par les bachi-bozouks. Le choléra se manifeste à Bagdad. L'épidémie fait des ravages à Kermanchah. La quarantaine est violée, 5,000 pèlerins dévorés par le choléra sont aux portes de Bagdad, suivis par d'autres caravanes décimées par le

fléau. Ils menacent d'entrer en ville et on est obligé de les repousser par la force armée. Le choléra fait 58 victimes à Bagdad dans l'espace d'un mois, à Kerbellah il y a de 25 à 30 décès par jour. Toute la rive de l'Euphrate est infectée: à Bassora il y a de 30 à 35 cas de choléra par jour.

En 1857. Le choléra est dans le Nord-Est de la Perse et se propage à Chiraz Le rapport (n° 20) dit que chaque année le choléra est importé par la caravane des pèlerins qui vient de Perse. On redoute à Bagdad une nouvelle invasion En effet l'épidémie s'y déclare le 16 octobre — le 22, elle est à Kerbellah et à Imam-Ali. Il y a eu 1000 décès à Kerbellah et 394 à Imam-Ali — 91 à Bagdad.

En 1858 le choléra existe à Téhéran et à Koum, sur la route de Téhéran — à Mohamara il fait 38 victimes par jour. — Le 13 octobre le choléra s'est propagé à Bassora où en quelques jours il fait 30 victimes.

En 1860 — le choléra visite la Perse, aux premiers jours de novembre, et, le 19 décembre il sévit avec force à Kermanchah. Le 6 décembre il est à Bagdad — 42 décès jusqu'au 19 décembre

En 1861 — le choléra sévit à Kermanchah — il est à Téhéran dans le mois de janvier. Le 31 juillet on constate 80 cas par jour à Hamadan. Le 28 août il est à Kermanchah, où, à ce qu'on prétend, peut-être sans trop de fondement, il y a 300 décès par jour sur une population de 25,000 âmes, fort réduite par l'émigration. Le 19 septembre, on signale une mortalité de 250 individus en 19 jours à Mandeli, à une distance de 25 heures de Bagdad — puis à Bakouba à 9 heures de distance de Bagdad — (10 cas par jour sur une population de 4,000 âmes.) Le rapport du 19 octobre de la même année annonce que le choléra est en Perse et à Bagdad, à Imam-Ali et à Kerbellah. Le 13 décembre il se déclare à Imam-Ali où il dure un mois, 30 décès par jour au plus fort de l'épidémie. A Kerbellah pendant le mois de décembre il y a eu 427 décès.

M. Bartoletti déclare en finissant que voulant être positif il s'est borné à citer des faits, et des chiffres, sans commentaire d'aucune sorte, et sans prétendre démontrer que le choléra est endémique en Perse. Depuis 1861 ajoute-t-il jusqu'en 1865, il n'y a pas eu d'autres épidémies en Perse.

M. Sawas, de son côté, remercie M. Bartoletti et déclare que les renseignements qu'il a bien voulu fournir sont très-importants pour la thèse qu'il soutient, à savoir, que le choléra a toujours été importé en Perse. Mais une démonstration de son principe, dit M. Sawas, ressort pleinement

des faits communiqués par M. Bartoletti. Le principe que lui-même avait précédemment établi et qui est celui-ci: —Il est hors de doute que la Perse communique très souvent le choléra à la Turquie et quelquefois la Turquie le transmet à la Perse. Il importe de noter, dit M. Sawas, qu'il ne faut pas confondre le golfe Persique avec la Perse, ce qui induit en erreur M. Bartoletti dont la communication porte surtout sur les épidémies propagées par le golfe Persique plutôt que par la Perse.

M. Bartoletti réplique qu'il n'a pas fait une pareille confusion, sa communication rapporte très-exactement des faits propres à chaque localité, et de ces faits, pense-t il, le fait le mieux constaté qui en ressort est que le pèlerinage, qui dure presque toute l'année à Bagdad, est la cause principale, par le grand mouvement qu'il entretient entre la Perse et Bagdad, de la dissémination du choléra.

M. Segovia demande la parole pour relever un fait qui résulte de la discussion. Dans la Commission générale, dit il, on avait fait croire que la Perse était un pays inconnu, qu'on manquait de données, de documents, d'ouvrages, grâce auxquels ou pût connaître son état sanitaire. Voilà pourquoi,dit-il, la Commission générale,que Malcom-Khan vient de traiter si sévèrement,a décidé de classer la Perse parmi les pays douteux. Mais aujourd'hui, fait observer M. Segovia, la question change complètement -grâce aux nombreux renseignements qu'on vient de communiquer à la Conférence, il reste presque démontré que la Perse est un des pays les mieux connus.

Dans l'intérêt de la discussion autant que pour l'abréger, M. Segovia pose quatre propositions qu'il croit être d'une importance capitale. Cela faisant, il n'entend pas préjuger les explications que M le rapporteur général voudra bien donner.

Voici ces quatre propositions :

1° La situation géographique de la Perse par rapport aux Indes et sa distance ne sont pas telles que M. Sawas les a présentées.

2° Les relations entre l'un et l'autre pays ne sont pas conduites par les voies et de la manière expliquée par M. Sawas.

3° Il n'est pas certain que l'on ait ou qu'on ait pu avoir sur l'état sanitaire de la Perse les renseignements exacts et la connaissance complète et approfondie prétendue par les délégués de la Perse.

4° Le manque de données positives sur ce point étant prouvé, et l'ab-

sence de rapports faits par des médecins étant démontrée, ainsi que l'existence d'autres raisons analogues ou contraires, forcèrent à placer la Perse parmi les pays où l'existence du choléra endémique est réputée possible.

Si M. Fauvel ou toute autre personne, conclut M Segovia, ne donne pas la démonstration la plus logique des quatre points susmentionnés, la justice et l'équité nous forceraient d'obtempérer à la demande de 6 ou 7 délégués, c'est à dire, de rayer le nom de la Perse de la liste des pays, pour ainsi dire, suspects d'endémicité cholérique.

M. Pelikan fait observer que les renseignements fournis par MM. Sawas et Van Geuns sont de nature à mettre en doute ce qu'on avait cru jusqu'à présent. En sa qualité de rapporteur de la Commission qui avait été chargée d'étudier le premier groupe, M. Pelikan se croit en devoir de déclarer que les raisons qui avaient obligé les membres de la Commission à considérer les renseignements qu'on possédait sur le choléra en Perse et dans les îles de l'Archipel Indien de la même nature que ceux qu'on possédait pour les épidémies cholériques dans le Hedjaz, que ces raisons, dit-il, ont cessé d'avoir l'importance d'alors, vu les nouveaux faits qu'on a communiqués sur ce sujet, et qu'alors on ne connaissait pas M Pelikan est d'avis que si la Conférence est ébranlée dans sa conviction primitive, il faut qu'elle raye, de nécessité, la Perse et les îles de l'Archipel de la catégorie des pays suspects.

Quant à la communication de M. Bartoletti, elle ne prouve pas, selon M. Pelikan, l'existence du choléra endémique en Perse. Tout au plus elle prouverait la persistance du choléra en Perse, mais cette persistance a duré en Russie beaucoup plus long-temps. Et en outre, les renseignements de M. Bartoletti ne vont que jusqu'à l'année 1861. Mais pour prouver l'endémicité du choléra dans un pays voisin de la Turquie, la Conférence ne pourrait-elle pas, se demande M. Pelikan, se procurer des données plus récentes ? Le fait, à son avis, est tellement important, qu'il mérite d'être pleinement examiné et étudié.

M. Gomez prie l'honorable Conférence d'accepter aussi sa déclaration concernant le 2^{me} art. du rapport-général qu'il a voté pour la rédaction, tout en s'abstenant, dit-il, dans d'autres votations antérieures de classer les îles de l'archipel Indien, la Perse et la côte d'Arabie parmi les pays douteux par rapport à l'endémicité du choléra.

M. de Krause fait observer à M. Sawas que les doutes par lui exprimés

à propos des intentions de la Conférence à l'égard de la Perse, la Conférence ne peut que les repousser, car jamais, dit M. de Krause, il n'est venu dans l'esprit de qui que ce soit de maltraiter la Perse ou de la blesser et moins que tout autre la Conférence qui observe la plus stricte équité envers toutes les nations.

M. Sawas répond qu'il n'a jamais mis en doute tout cela ; il est tellement vrai, que si M. de Krause considère attentivement ce qu'il a dit à ce propos, il trouvera qu'il n'a fait qu'exprimer la même pensée et avouer les mêmes sympathies de la Conférence pour la Perse.

Plusieurs autres orateurs ayant demandé la parole, la suite de la discussion est renvoyée, vû l'heure avancée, à la prochaine séance.

S. E. le Président demande s'il y a des communications à faire.

M. le C^te^ de Lallemand déclare en avoir, et donne communication de la dépêche télégraphique suivante :

(Dépêche Télégraphique.)

A. S. E. l'Ambassadeur de France
à Constantinople.

—

Alexandrie, 6 juin, à 4 h. 13 m. du soir.

« Lettre du 26 mai de Djeddah, annonce quelques cas de choléra. La caravane de pèlerins serait, dit-on, gravement atteinte vers Médine. Arrivages de Djeddah soumis à quarantaine à Suez, quoique aucun cas n'ait eu lieu dans la traversée ni au lazaret. Quelques cas sporadiques constatés à Suez même et à Alexandrie. Aucune épidémie.

(Signé) : M. Outrey.

M. Bartoletti tient à faire constater qu'il ressort de la dépêche que M. le C^te^ de Lallemand vient de communiquer que le fait très grave de 106 décès de Djeddah communiqué à la précédente séance, n'est pas confirmé. Dans la dépêche d'aujourd'hui, fait il observer, on en signale seulement quelques cas.

M. Salem bey fait la même observation, ensuite il communique une dépêche très rassurante, reçue d'Alexandrie dans la matinée.

Dans cette dépêche on constate le bon état sanitaire de l'Egypte : quelques cas de fièvre pernicieuse, à Suez, dont on fait connaître les symptômes — et finalement quelques cas de choléra à Djeddah, dont les provenances sont obligées de purger quarantaine à Suez. Du premier au 22 mai, la mortalité à Suez a été de 32 en tout. Dans tous les cas, dit-il, le cas qui a donné l'alarme peut tout au plus être considéré comme un cas de choléra sporadique.

Salem bey ajoute que pour ce qui est des troupes égyptiennes qui sont déjà dans la capitale, il les a inspectées lui-même très soigneusement et s'est assuré que leur état sanitaire est très satisfaisant, car, à part quelques cas de dyssenterie, aucune autre maladie n'y règne.

M. Bosi dit que les nouvelles communiquées par M. le C^te^ de Lallemand sont de nature à faire persister la Conférence dans la résolution, par elle adoptée, à la précédente séance, c'est-à-dire, de soumettre les provenances de l'Egypte à une quarantaine d'observation, car, selon lui, il est confirmé que le choléra sporadique existe et à Suez et à Alexandrie.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

Ordre du jour de la prochaine séance.

Suite de la discussion du rapport-général.

Sont inscrits pour parler: MM. Sawas, Malcom-Khan, Mühlig, Dickson, Goodeve, Monlau, Fauvel.

Le Président de la Conférence Sanitaire,

SALIH.

Les Secrétaires,

D^r^ NARANZI.— B^on^ DE COLLONGUE

N° 15.

SÉANCE DU 11 JUIN 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 11 juin, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa quinzième séance, dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Etaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

M.le Docteur Polak, ancien archiâtre de S. M. le Schah de Perse ;

Pour la Belgique :

M. le comte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires ;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne;

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur Ignace Spadaro;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M. Kalergi, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. le Professeur J. Van Geuns ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

Mirza-Malkom-Khan, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur Sawas Efendi, inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard PINTO DE SOVERAL, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio GOMEZ, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. H. de KRAUSE, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi de Prusse ;

M. le Docteur MÜHLIG, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur LENZ, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur BYKOW, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. OLUF STENERSEN, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron HÜBSCH ;

Pour la Turquie :

S. Exc. SALIH EFENDI, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur BARTOLETTI, inspecteur-général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(*Pour l'Egypte*) : le Docteur SALEM BEY, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S. A. le vice-roi d'Egypte ;

La séance est ouverte à midi.

Le procès-verbal de la 13^{e} séance est lu par M. le B^{on} de Collongue et adopté après quelques rectifications faites séance tenante.

M. le D^{r} Naranzi commence ensuite la lecture du procès-verbal de la 14^{e} séance. Ce procès-verbal reproduisant textuellement les discours lus à ladite séance, quelques membres font observer que cela est contraire à ce qui avait été décidé précédemment par la conférence, les procès-

verbaux ne devant donner que l'analyse sommaire des discours prononcés. Après une conversation qui s'engage à ce sujet, la lecture du 14e procès-verbal est remise à la prochaine séance avec prière à M. le Secrétaire de le modifier dans le sens de ces observations.

Les Commissions nommées à la séance du 9 juin font connaître, par l'organe des Présidents qu'elles ont choisis la composition de leurs bureaux :

1re Commission : Président, M. Segovia ; Secrétaire, M. le Dr Lenz ; Rapporteur, M. le Dr Monlau.

2me Commission : Président, S. E. Salih Efendi ; Vice-Président, M. Oluf Stenersen ; Secrétaires, MM. les Drs Bon Hübsch et Dickson ; Rapporteur, M. le Dr Bartoletti.

3me Commission : Président, M le Cte de Lallemand ; Secrétaire, M. de Krause ; Rapporteur, M. le Dr Fauvel.

L'ordre du jour portant la continuation de la discussion sur le chapitre II du rapport de M. le Dr Fauvel, la parole est donnée à Mirza-Malkom-Khan pour répondre à M. le Dr Bartoletti. M. le Délégué de Perse ne nie pas l'existence, pour ainsi dire permanente, du choléra sur les frontières Turco-Persanes, non plus que ses fréquentes invasions à Bagdad, mais il conteste que ce soit de Perse et par des pèlerins Persans qu'il y soit importé. D'après Mirza-Malkom-Khan, ce seraient les nombreux pèlerins Indiens, Mahométans Schiites, qui, chaque année et plus encore depuis l'annexion du Royaume d'Oude et depuis la dernière grande insurrection, affluent à Kerbela, qui apporteraient le choléra à Bassorah et à Bagdad ; et, loin que ce soit de Perse qu'il vienne, ce serait au contraire ce dernier pays qui le recevrait le plus souvent de la Turquie. La ville de Bassorah qui est connue pour son insalubrité et qui est toujours la première étape du choléra, se trouve sur le passage des pèlerins Indiens venus par le golfe Persique ; or, ce n'est pas par Bassorah, mais par Kirmancha que passe la route suivie par les pèlerins Persans. Le pèlerinage de Kerbela n'ayant rien d'obligatoire et de plus ne devant pas, comme celui de La Mecque, être accompli à une époque déterminée, Mirza-Malcom-Khan se demande s'il serait admissible que les caravanes de pèlerins Persans se missent en route avec le choléra. Ces caravanes partent toujours indemnes et ce n'est que lorsqu'elles se sont mêlées avec les pèlerins Indiens que le choléra se déclare parmi elles. Les épidémies qu'on voit se renouveler si fréquemment dans certaines provinces Persanes ne sont que la suite des

épidémies qui, après s'être manifestées d'abord à Bassorah sur le territoire Turc, se maintiennent ensuite plus ou moins longtemps sur les frontières des deux pays.

M. le Dr Dickson fait observer que si la Perse a été mise au nombre des contrées douteuses, ce n'est pas qu'on ait voulu dire que le choléra y fût endémique. On ne pouvait cependant, en présence de l'impossibilité d'être exactement renseigné sur son état sanitaire, la mettre sur le même pied que l'Europe.

M. le Dr Goodeve ne sait pas si les fréquentes épidémies qui ont sévi en Perse venaient de l'Inde ou du golfe Persique, mais il croit que Mirza-Malcom-Khan exagère l'influence des pèlerins Indiens. Ce n'est que faute de renseignements que M. Goodeve a voté et encore avec réserves, pour que la Perse fût déclarée suspecte.

M. le Dr Monlau est d'avis que non seulement la Conférence pourrait, en présence des renseignements fournis par MM. les Drs Sawas et Van Geuns, rayer la Perse et les îles de l'Archipel Indien de la liste des contrées suspectes, mais qu'on pourrait même sans inconvénient faire disparaître la distinction que la Commission a jugé à propos d'établir parmi les pays extra Indiens par rapport à l'endémicité. Une pareille distinction n'ayant d'utilité que si on en fait le point de départ d'un système de mesures à prendre à l'égard des contrées ainsi déclarées suspectes, et l'étude de ces mesures devant trouver sa place lorsque la Conférence en sera arrivée au 3e groupe du programme, M. le Dr Monlau pense qu'on pourrait la supprimer quant à présent sans rien préjuger du fond de la question. Il suffirait dans ce cas de remplacer la conclusion du chapître II par la première phrase de ce même chapître qui finirait alors ainsi: « aucun fait n'est venu jusqu'ici démontrer que le choléra asiatique ait jamais eu son point de départ ailleurs que dans l'Inde, et il est probable que dans aucune autre contrée, il n'existe à l'état d'endémie permanente et capable de donner lieu à des épidémies envahissantes. »

M. le Dr Mühlig, tout en déclarant qu'il ne croit pas que le choléra soit endémique en Perse et dans les îles de l'Archipel Indien, fait remarquer qu'on ne possède pas de données suffisamment exactes sur ses manifestations dans ces vastes contrées, pour qu'il soit possible d'affirmer le fait d'une manière absolue. Le choléra, ainsi qu'on l'a vu, a régné en Perse presque constamment de 1851 à 1862; il se peut, et il est même probable

qu'il y a été importé de l'Inde, mais peut-on affirmer qu'il ne s'y soit pas fixé, qu'il ne s'y soit pas acclimaté, à la suite de ces importations réitérées? M. le Dr Sawas dit que le choléra n'était venu que deux fois de Perse en Europe, et cela à la suite de deux grandes épidémies ayant eu incontestablement leur origine aux Indes, mais le choléra n'est-il pas endémique aux Indes sans pour cela revêtir constamment le caractère envahissant? Ne voit-on pas, d'ailleurs, la Perse donner presque chaque année le choléra à la Turquie d'Asie? M. le Dr Sawas a invoqué enfin pour prouver la non-endémicité du choléra en Perse, la grande distance qui sépare ce pays de l'Inde et la difficulté des communications, mais cet argument ne pourrait-il pas être retourné contre lui; comment expliquer en effet la présence presque continuelle du choléra si son importation de l'Inde est si difficile? M. le Dr Mühlig ne croit pas que l'impossibilité où l'on est de répondre d'une manière certaine à toutes ces questions permît à la Commission de conclure autrement qu'elle l'a fait. Que le choléra soit ou non endémique en Perse, il se demande, d'ailleurs, quel peut être, au point de vue pratique, la raison pour laquelle MM. les Délégués de Perse attaquent cette conclusion. Est-ce dans l'espoir d'empêcher que des mesures spéciales de précaution ne soient prises à la frontière Turco et Russo-Persane? la Perse qui n'a encore aucune organisation sanitaire, ne peut offrir de longtemps sous ce rapport des garanties qui justifient de sa part une pareille prétention.

M. le Dr Bartoletti conteste que la majeure partie des pèlerins qui viennent à Kerbela soit, comme l'affirme Mirza-Malcom-Khan, des Indiens. La grande masse des pèlerins entre sur le territoire Turc par Haneguin, Mendeli, Suleïmanié etc. Or on ne saurait prétendre que ces diverses routes qui conduisent vers l'intérieur de la Perse, fussent celles que pourraient prendre des Indiens venus par le golfe Persique. M. le Délégué de Turquie produit un état constatant que du 1er décembre 1849 au 1er décembre 1850, il était passé à la seule station d'Haneguin 52,053 pèlerins avec 34,138 bêtes de somme, 4,504 muletiers et 2,837 charges de cadavres, soit à raison de deux ou trois cadavres par charge, 8,000 environ. Il se peut que parmi ces pèlerins, il y eut des Indiens, mais il n'en est pas fait mention.

Mirza-Malcolm-Khan, répondant à M. le Dr Bartoletti, affirme qu'un grand nombre de pèlerins Indiens font chaque année le pèlerinage de Ker-

bela, M. le Délégué de Perse a eu occasion de s'en assurer de ses propres yeux.

Une conversation s'engage, à la suite d'observations présentées par MM. les Drs Dickson, Maccas et Goodeve, sur la question de savoir si le Hedjaz qui fait l'objet d'un chapître spécial, n'en devrait pas moins se trouver mentionné dans l'une ou l'autre des catégories du chapître II, ou, tout au moins, si on ne devrait pas ajouter à ce chapître une note expliquant que la question du Hedjaz a été réservée. La Conférence, après avoir entendu M. le Dr Fauvel, décide, par 16 voix contre 3, qu'il n'y a rien à changer sous ce rapport dans le chapître en discussion.

M. le Dr Bykow ne croit pas comme M. le Dr Mühlig que ce soit pour soustraire leur pays aux mesures qu'on pourrait prendre à son égard que MM. les Délégués de Perse demandent qu'elle soit rayée de la liste des contrées suspectes. Que le choléra existant en Perse soit endémique ou importé des Indes, ces mesures n'en sont pas moins nécessaires. La Perse, d'ailleurs, ne se déclare-t-elle pas prête à s'y associer. On ne peut affirmer que le choléra soit endémique en Perse, mais M. le Dr Mühlig reconnaît cependant qu'il est impossible de se prononcer à cet égard, c'est ce doute qu'on cherche à dissiper.

M. le Dr Fauvel demande la parole non pour discuter à nouveau une question longtemps débattue au sein de la Commission et sur laquelle tout le monde est maintenant édifié, mais seulement pour produire quelques faits nouveaux et préciser le sens du rapport. Après avoir traité la question de l'endémicité aux Indes, la Commission a dû se demander si, en dehors des Indes, il n'existerait pas ailleurs des foyers endémiques : pour certaines contrées, comme par exemple pour les pays situés en Europe, on a pu se prononcer sans hésitation pour la négative, pour d'autres on ne pouvait le faire en l'absence de renseignements suffisants pour établir une certitude. Ce sont ces dernières contrées, qui sont les plus voisines de l'Inde, et la Perse est du nombre, qu'on a dû dès lors déclarer suspectes. La Perse, par sa position géographique, a la plus grande importance au point de vue de la propagation du choléra, c'est un de principaux liens entre l'Inde et l'Europe et, enfin, après l'Inde, le pays où le choléra se montre le plus fréquemment, on pourrait presque dire qu'il y est en permanence. Qui peut affirmer en somme que le choléra ne soit pas endémique aux moins dans certaines parties de la Perse? On a dit, pour démontrer

la non-endémicité, que dans un temps donné, la Perse ne l'avait communiqué que quatre fois à la Russie, mais ne la voit-on pas, en onze ans, le donner huit fois à la Turquie. La Commission n'a jamais songé à porter atteinte à la considération dont jouit la Perse, un intérêt commercial pourrait tout au plus être engagé dans la question. Répondant à Mirza-Malkom-Khan qui a prétendu que ce serait la Perse qui recevrait le choléra de la Turquie, de Bassorah, par la raison que cette ville se trouve sur la route de l'Inde par le golfe Persique, M. le Dr Fauvel indique, pour réfuter cette assertion, le chemin que les épidémies ont suivi de 1851, époque de l'organisation d'un service sanitaire à Bagdad, jusqu'à 1861 inclusivement. Il résulte des renseignements fournis par M. le Dr Fauvel que pendant ce laps de temps, il y a eu neuf importations du choléra en Mésopotamie, en 1851, 1852, 1853, 1855, 1856, 1857, 1858, 1860 et 1861; que huit fois, en 1852, 1853, 1855, 1856, 1857, 1858, 1860 et 1861, l'invasion en Mésopotamie a été précédée de l'existence du choléra en Perse; que trois fois, il est vrai, on n'a pu déterminer la route que le choléra avait suivie, mais que pour les autres épidémies, il a été bien constaté qu'elles étaient venues de Perse, deux fois, en 1853 et 1858, par Mohamera et le Tigre, et trois fois, 1856, 1857, 1860, par la frontière de terre. M. le Dr Fauvel fait remarquer ensuite que MM. les Délégués de Perse ne peuvent opposer aux renseignements précis fournis par l'Administration ottomane que des ouvrages allemands forcément moins bien informés. M. le Dr Sawas cite aussi Gardane, Jobert et Chardin, mais le choléra n'existait pas encore en Perse à l'époque où ces voyageurs l'ont visitée; des voyageurs pourraient-ils d'ailleurs se prononcer sur une question telle, que celle de l'endémicité? Ne faut-il pas rappeler qu'un de ces auteurs, le général Gardane, n'étudiait le pays qu'au point de vue militaire? Après avoir déclaré qu'il ne croit pas à l'endémicité du choléra en Perse, M. le Dr Fauvel se demande ce qu'elle gagnerait à ne plus figurer parmi les contrées suspectes: si la Perse n'a pas le choléra à l'état endémique, ne l'a-t-elle pas presque constamment à l'état épidémique; or, une épidémie envahissante n'est-elle pas plus redoutable que ne le serait une endémie non envahissante? On a cité le fait du choléra régnant dix années de suite à St-Pétersbourg, mais cette pseudo-endémie n'était pas envahissante, peut-on en dire autant du choléra persan? M. le Dr Fauvel conclut en répétant que déclarer la Perse suspecte était certainement le minimum de

ce qu'on pouvait faire, à moins, ce qui est inadmissible, de la mettre sur le même pied que l'Europe.

Répondant ensuite à M. le Prof[r] Van Geuns qui voudrait aussi faire rayer les îles de l'Archipel Indien de la liste des pays suspects, M. le D[r] Fauvel laisse à la Conférence le soin d'apprécier les nouveaux renseignements fournis par M. le Délégué des Pays-Bas. Serait-il possible cependant de se prononcer avec complète certitude à l'égard de contrées aussi vastes et aussi peu connues, de contrées qui, il y a deux cents ans, étaient déjà signalées par Bonsius comme sujettes au choléra.

M. le D[r] Sawas prend la parole après M. le D[r] Fauvel pour réfuter les arguments employés par les adversaires de l'amendement qu'il a introduit de concert avec son honorable collègue Mirza-Malkom-Khan. M. le D[r] Sawas répète que sans prétendre que la Perse doive être mise sur le même pied que les contrées Européennes, il n'admet pas qu'on puisse la traiter comme un pays inconnu et sauvage. Si elle n'a pas encore de service sanitaire organisé, ne s'est-elle pas engagée à en établir un et ne possède-t-elle pas d'ailleurs un corps médical qui compte parmi ses membres plusieurs médecins Européens ? Ne pourrait-on pas lui faire une place à part comme pour le Hedjaz ; tout ce qui a été dit de ce dernier pays par rapport au choléra ne s'applique-t-il pas à la Perse, ne pourrait-on pas dire même que pendant trente ans le Hedjaz a été le théâtre d'épidémies se renouvelant presque chaque année tandis qu'en Perse on ne compte que cinq épidémies dans l'espace de 44 ans, enfin que le choléra existe même encore en ce moment, au Hedjaz, tandis qu'en Perse il n'y en pas eu trace depuis la fin de 1861, preuve incontestable qu'il n'y est pas endémique. On accuse les Délégués Persans de chercher à soustraire leur pays aux mesures de précaution dont il pourrait être l'objet, pourquoi leur supposer une arrière-pensée lorsqu'ils n'ont en vue que le soin de sauvegarder sa dignité et les intérêts de son commerce ? M. le D[r] Sawas répondant à M. le D[r] Mühlig et à M. le D[r] Fauvel qui a aussi employé le même argument à savoir que si la distance qui sépare l'Inde de la Perse est telle que le choléra ne puisse la franchir, c'est donc qu'il est endémique dans cette dernière contrée, explique que ce qu'il a voulu démontrer, c'est que les provinces méridionales de la Perse, celles précisément qui sont plus particulièrement signalées comme suspectes, ne peuvent communiquer par terre avec les Indes ; qu'il y a de ce côté, entre les deux pays, des déserts immen-

ses ; que lorsqu'on vient des Indes, c'est par le nord, par Méched et Yezd, qu'on entre en Perse. S'il a cité l'itinéraire de Gardane, c'est enfin parce que cet itinéraire est précisément celui du choléra. On a objecté que le choléra pouvait s'être acclimaté en Perse, mais qui le prouve ? on a dit aussi que le choléra avait,il est vrai, régné dix années de suite à St-Pétersbourg, mais que le caractère distinctif de ces pseudoendémies était de ne pas être envahissantes, or que ce n'était pas le cas de la Perse : a-t-on donc oublié que la Perse n'a donné que quatre fois le choléra à la Russie et que du côté de la Turquie, le choléra venu de Perse n'a jamais dépassé Bagdad ? Pour ce qui est des renseignements que M. Fauvel a donnés sur la marche du choléra de 1851 à 1861, M. le Dr Sawas en conteste en partie l'exactitude, notamment au point de vue géographique, et leur oppose d'autres renseignements contraires puisés dans les procès-verbaux mêmes du Conseil Supérieur de Santé. Un de ces procès verbaux constate, par exemple, qu'en 1851, c'est de Turquie où il avait éclaté à Bassorah, que le choléra entre en Perse. Il en est de même en 1852 ; pour trois des épidémies citées, les médecins sanitaires ottomans confessent enfin n'avoir pu suivre la filiation du choléra. M. le Dr Sawas ne croit pas non plus à la possibilité pour les autorités sanitaires ottomanes de Bagdad d'être exactement renseignées sur ce qui se passe dans l'intérieur de la Perse; un des procès-verbaux du Conseil Supérieur de santé établit même que pendant un certain nombre d'années il n'y a pas eu de médecin sanitaire à Bassorah. On ne peut nier, d'ailleurs, que la Perse n'ait quelquefois donné le choléra à la Turquie, mais ce qu'il y a de positif, c'est que d'autres fois c'est de Turquie qu'il est passé en Perse, c'est un cadeau que les deux pays se font réciproquement et à tour de rôle. M. le Dr Fauvel s'est étonné de voir citer des ouvrages, anciens il est vrai, n'était ce pas nécessaire cependant pour prouver que le choléra était inconnu, aussi bien en Perse qu'au Hedjaz, avant 1821. M. le Dr Sawas demande finalement que l'on fasse pour la Perse ce qu'on a fait pour le Hedjaz, c'est-à-dire qu'on traite la question de la Perse séparément et sans confondre ce pays avec les contrées sauvages et inconnues au milieu desquelles il se trouve actuellement placé dans le rapport de la Commission. M. Sawas insiste pour que cet amendement soit immédiatement mis aux voix.

Mirza-Malkom-Khan demande à ajouter quelques mots : on a dit qu'il n'y avait pas de service sanitaire en Perse, mais est-il donc absolument

nécessaire d'avoir un service sanitaire organisé pour connaître la marche des épidémies. Le choléra parti de l'Inde envahit la Perse par le nord lorsqu'il vient par terre ; du côté de la frontière Turco-Persane où il est aussi apporté des Indes, mais par mer, il est impossible de savoir toujours bien exactement si c'est sur le territoire Turc ou sur le territoire Persan qu'il sévit d'abord,

M. Stenersen fait observer qu'il ressort de la discussion que personne ne croit le choléra endémique en Perse, tandis que le rapport est rédigé de manière à faire plutôt supposer le contraire. Il y aurait d'autant plus de motifs pour modifier cette rédaction et consacrer à la Perse un chapitre spécial que la fréquence des épidémies dans ce pays offre des dangers sérieux pour l'Europe.

M. le Dr Fauvel tient à rendre hommage à la bonne organisation du service sanitaire Ottoman du côté de la Perse ; non-seulement il y a un inspecteur à Bagdad, mais aussi des postes d'observation sur toutes les routes. Les nombreux documents produits par M. le Dr Bartoletti prouvent que le service est bien fait.

M. le Président met ensuite aux voix la proposition présentée par M. le Dr Monlau. Cette proposition qui est ainsi formulée : « aucun fait n'est venu jusqu'ici démontrer que le choléra asiatique ait jamais eu son point de départ ailleurs que dans l'Inde » est rejetée par 16 voix contre 12.

L'amendement de MM. les Delégués de Perse à savoir la radiation de ce pays de la liste des contrées suspectes, est également mis aux voix et est adopté à la majorité de 13 voix contre 12 ; deux abstentions.

Il est après cela décidé, (à la majorité de 18 voix, 0 contre) que la question de la Perse sera traitée dans un chapitre spécial. M. le Dr Fauvel est chargé de rédiger ce paragraphe additionnel.

MM. les Drs Bartoletti et Salem bey communiquent des renseignements satisfaisants sur l'état sanitaire des troupes Egyptiennes en ce moment à Constantinople et aussi sur la situation de la santé publique en Egypte.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le Président de la Conférence Sanitaire,

SALIH.

Les Secrétaires,

Bon DE COLLONGUE.— Dr NARANZI.

N° 16.

SÉANCE DU 14 JUIN 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 14 juin à midi, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa seizième séance, dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Etaient présents :

Pour l'Autriche :

M. VETSERA, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur SOTTO, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

M. le Docteur POLAK, ancien archiâtre de S. M. le Schah de Perse

Pour la Belgique :

M. le comte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires ;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M Kalergi, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes ;

Pour l'Italie :

M. A Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M le Professeur J. Van Geuns ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

Mirza-Malkom-Khan, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur Sawas Efendi, inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio Gomez, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. H de Krause, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi de Prusse ;

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Lenz, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M Oluf Stenersen, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur-général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(*Pour l'Egypte*) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S. A. le vice-roi d'Egypte ;

M. le Dr Naranzi, l'un des secrétaires donne lecture du 14me procès-verbal (séance du 9 juin) dont la rédaction est approuvée.

S. Exc. le Président, pour se conformer à l'ordre du jour qui porte la suite de la discussion du rapport-général donne la parole à M. Fauvel.

M. Fauvel conformément à la décision de l'honorable Conférence a rédigé le nouveau paragraphe concernant la Perse. Sa rédaction satisfera, il en a l'espoir, tout le monde, car, il s'est appliqué, dit il, à ménager

tous les intérêts—les vrais intérêts, bien entendu, et de la Perse et de la Conférence qui n'a d'autre but que la recherche de la vérité scientifique.

Ce paragraphe, qui pourrait, dit-il, être intercalé entre le 2me et 3me paragraphe du second chapitre du rapport-général est le suivant :

« La Conférence n'a pas voulu que la Perse fût comprise parmi les contrées qui viennent d'être énumérées ; elle a pensé que ce pays, à raison de sa position géographique, de l'importance de ses relations et des nombreuses épidémies de choléra dont il a été le théâtre, mérite une mention spéciale.

Il résulte, en effet, de documents authentiques fournis par l'Administration Sanitaire Ottomane, que sans tenir compte de l'époque antérieure sur laquelle elle ne possède pas de notions précises—dans l'espace de 11 ans (de 1851 à 1862) la Perse a été affligée d'épidémies cholériques pendant 9 années, savoir, en 1851-52-53-55-56-57-58 60 et 61. Il résulte des mêmes documents que sur ces 9 épidémies, celle de 1851 semble avoir été importée en Perse par Bassora où elle a sévi tout d'abord, puis par plusieurs autres points de la province de Bagdad —que pour les huit autres au contraire, le choléra existait en Perse avant de faire invasion sur le territoire Ottoman à la suite des pèlerins soit par Mohammerah, soit par plusieurs autres points de la frontière notamment par Khaneguine et Mandeli. Il faut ajouter toutefois que dans trois de ces huit invasions la filiation des faits démontrant l'importation de Perse en Turquie n'a pu être établie.

Dans l'opinion de la Conférence, cette fréquence des épidémies de choléra en Perse ne prouve pas que cette maladie y soit endémique, puisque de 1862 à 1865 il y a eu un intervalle de 3 ans et demi sans qu'aucune manifestation cholérique y ait été signalée ; seulement elle mérite de fixer l'attention.

La lecture du paragraphe achevée, M. Fauvel dépose sur le bureau une carte, par lui dressée en 1851, du Service Sanitaire Ottoman sur toute la longueur de la frontière Turco Persane et Turco-Russe, depuis le Golfe Persique jusqu'à la mer Noire. Dans cette carte, fait observer M. Fauvel, qu'il a tâché de rendre aussi exacte que possible et qui peut être avantageusement consultée pour comprendre certains détails relatifs à la question qu'on débat, Mohammerah qu'il croyait un peu au dessous de Bassora et que quelques Délégués plaçaient au-dessus, s'y trouve à côté, dans l'Est, sur une autre branche du Delta qui aboutit au golfe Persique. Il

avoue cependant que cette branche est un peu au-dessus de Bassora (comme Mirza-Malcom-Khan l'avait soutenu à la précédente séance).

M. Sawas demande que dans le paragraphe dont M. Fauvel vient de donner lecture soient mentionnés certains faits, qui, selon lui, ont une grande importance Tels seraient les suivants :

1° Il a été constaté que plusieurs voyageurs et médecins renommés qui ont visité la Perse avant l'invasion de 1821 ne font aucune mention de choléra endémique bien qu'ils parlent très explicitement et en détail des autres maladies régnantes.

2° Qu'avant ladite invasion il n'existait pas en Perse de dénomination applicable au choléra épidémique ;

3° Que pendant 43 ans la Perse n'a transmis le choléra en Russie que quatre fois seulement, et, que depuis l'année 1861 jusqu'au présent jour le choléra n'a pas existé en Perse.

D'un autre côté, qu'il résulte des rapports des médecins sanitaires Ottomans de la frontière Turco-Persane que pendant les années 1851-52-53-55 56-57-58-60 et 61 la frontière Turco-Persane a été le théâtre d'épidémies cholériques successives, épidémies qui n'ont pas dépassé les limites de la Mésopotamie.

On pourrait, selon M. Sawas, tirer la conclusion suivante :

« La Conférence opine que le choléra n'est point endémique en Perse, mais elle croit que la Perse, se trouvant, à cause de sa situation géographique sur le passage du choléra, est exposée à recevoir souvent et à transmettre cette maladie à ses voisins.

M. Fauvel ne voit aucun inconvénient à ce que les faits signalés par l'honorable préopinant soient ajoutés au nouveau paragraphe, mais il suffirait, pense-t-il, de les enregistrer, dans le procès-verbal, ce qui nécessairement doit avoir lieu. et là chacun en prendrait connaissance.

M. Millingen croit que la Perse a transmis 5 fois le choléra à la Russie dans l'espace de 43 ans.

Sur la demande de plusieurs Délégués S. Exc. le président met au voix le nouveau paragraphe de M. Fauvel comprenant les trois points signalés par M. Sawas, savoir :

1° Qu'avant 1821 le choléra n'existait pas en Perse ;

2° Que jusqu'à cette époque il n'existait pas en Perse une dénomination spéciale pour désigner cette maladie :

2o Que pendant 43 ans la Perse n'a transmis le choléra en Russie que quatre fois.

Le paragraphe ainsi complété est adopté à la majorité de 22 voix contre une abstention, celle de M Polak.

M. Sawas fait la déclaration suivante :

Les Délégués de Perse contestent l'existence du choléra en Perse depuis l'année 1856 jusqu'à la fin de l'année 1858. Ils se réservent le droit d'en présenter les preuves officielles.

S. Exc. le Président rappelle qu'après la question de la Perse, il faut mettre aux voix la question des îles de l'Archipel Indien, sur le compte desquelles M. Van Geuns a donné à la dernière séance d'amples renseignements.

M. Van Geuns demande la parole pour donner encore quelques explications sur ce sujet.

La dénomination, dit-il, d'Archipel Indien est très vague et jusqu'à un certain point inexacte, car, dans un sens très-large on pourrait y comprendre l'Océanie entière, c'est-à-dire la 5me partie du globe. Mais si la Conférence, pense-t il, n'a pas de données suffisantes pour exclure toute l'Océanie de la catégorie des pays douteux, elle peut et elle est autorisée à le faire pour la Malésie. M. Van Geuns croit qu'au lieu de dire — Archipel Indien — il vaudrait beaucoup mieux de dire Malésie — dénomination, fait-il observer, adoptée dans le système géographique moderne, qui admet cette distinction et qui considère la Malésie comme une partie de l'Océanie.

M. Fauvel désire savoir dans quelle catégorie placerait-on les îles de l'Archipel Indien si on les rayait de celle des pays douteux. M Fauvel avait cru que M. Van Geuns n'entendait exclure de cette catégorie que les seules possessions néerlandaises sur lesquelles il peut avoir des renseignements exacts et suffisants. Mais on vient,dit-il, de s'apercevoir que telle n'est pas l'intention de M. Van Geuns. Peut-on classer, se demande M. Fauvel, l'île de Bornéo parmi les possessions hollandaises et peut-on affirmer d'avoir sur son compte des notions satisfaisantes ? Chacun sait, dit M. Fauvel, que l'île de Bornéo, en grande partie indépendante et renfermant beaucoup de peuplades sauvages, est presque entièrement en dehors de la domination hollandaise. Un anglais, Brooke, en a occupé une partie et en a fait, pour ainsi dire, un royaume.

M. Van Geuns répond à M. Fauvel en peu de mots, ayant, dit-il, suffisamment parlé de l'île de Bornéo à la précédente séance. Dans son mémoire il a fait, dit il, ressortir l'importance de ce fait, à savoir, que les recherches et les études entreprises par le gouvernement hollandais portent sur une immense population, tandis que le chiffre des populations sur le compte desquelles on n'a pas de renseignements est relativement minime. Brooke, lui-même, ajoute M. Van Geuns, s'est livré à des recherches et à des études qu'il a fait aussi poursuivre par d'autres. Il y a sur l'île de Bornéo un ouvrage remarquable en 2 vol. écrit par un parent de M Van Geuns. La mortalité causée par le choléra sur sa population est déclarée minime, ce qui n'aurait pas lieu si le choléra y était endémique. Les possessions qui appartiennent à d autres gouvernements, ajoute M. Van Geuns, sont presque aussi bien connues que les possessions néerlandaises proprement dites.

M Segovia, de son côté, déclare que les Délégués d'Espagne n'ont pas cru nécessaire de parler, à cette occasion, des possessions espagnoles de l'Océanie, c'est-à-dire, des îles Mariannes et des Philippines, y compris le groupe de Soolo, sur lequel l'Espagne exerce une espèce de protectorat. Les Délégués d'Espagne croient, dit M. Segovia, que non-seulement on les excluera de cette dénomination un peu trop vague et inexacte — d'Archipel Indien — mais qu'il ne peut entrer dans la pensée de personne d'y soupçonner l'existence du choléra à l'état endémique.

M Segovia croit utile de donner la liste des possessions espagnoles dans l'Océanie

Les îles Philippines y compris le groupe des Bisayas.

Les îles Mariannes au N-E. des Philippines

Le groupe de Soolo qui est sous le protectorat de l'Espagne en vertu de capitulations dernièrement ratifiées.

M Gomez confirme, pour les possessions portugaises dans l'Archipel Indien, tout ce que M. Van Geuns a dit pour les possessions néerlandaises.

M. Bartoletti fait observer qu'on ne doit pas traiter légèrement une question qui est de la plus haute importance et qui intéresse la science et l'humanité. Il ne doit pas être question de faveurs, de concessions, d'intérêts particuliers ou nationaux lorsqu'il s'agit du salut public. On sait, dit M Bartoletti, que la plupart des pèlerins qui arrivent à Djeddah sont des Javanais, que le choléra y est très souvent apporté

par eux . On a dit que l'année passée il y en avait 10 mille dans le Hedjaz. C'est un fait connu et bien constaté que 10 navires anglais étaient partis de Singapore et qu'ils étaient remplis de pèlerins, — chaque navire avait pour 5 ou 600 pèlerins javanais — Outre cela 6 navires musulmans, remplis aussi de pèlerins javanais, les avaient transportés dans le Hedjaz. Impossible, dit M. Bartoletti, de se faire une idée de leur état de détresse et de saleté et de la manière dont ils étaient jetés, entassés à bord de ces navires. C'est tout ce qu'on peut concevoir de plus triste, de plus affreux. Les navires étrangers levaient l'ancre à leur approche. Sans prétendre, conclut M. Bartoletti, que le choléra soit endémique en Malésie, il importe d'y garder la plus grande réserve, surtout, à propos de Singapore qui peut être considéré comme un pays Indien.

M. Van Geuns fait observer que si même les pèlerins Javanais apportent le choléra dans le Hedjaz, ce fait ne prouverait pas qu'il y a endémicité de choléra dans les îles de l'archipel Indien — puisqu'ils pourraient l'avoir attrapé pendant le voyage.

M. Goodeve fait ressortir la nécessité de ne pas se borner aux possessions néerlandaises, portugaises et espagnoles qu'on prétend rayer de la catégorie des pays douteux, mais aussi d'y comprendre les possessions anglaises. Cette catégorie, dit M. Goodeve, avait été établie pour la raison, qu'étant dans la proximité du continent indien, les possessions de l'archipel Indien, qu'on croyait insuffisamment connues, pouvaient, à cause de l'analogie du climat, laisser subsister le doute que le choléra puisse y être à l'état endémique. Mais M. Van Geuns a démontré que le choléra n'existe à l'état d'endémicité dans aucun des pays de l'archipel Indien, appartenant à la Hollande, il a fait une simple réserve à l'égard de Malacca, qui pourrait être considéré comme pays douteux, à cause de sa promixité par terre de Bengale. Par conséquent, conclut M. Goodeve, comme des raisons analogues militent en faveur des autres possessions, il faudrait, par équité, les rayer de la liste des pays douteux.

Sur la proposition de M. Mühlig qui démontre que la question s'est réduite presque personnelle, les Délégués de chaque puissance prenant la défense des intérêts de leur pays, et que par conséquent la Conférence ferait bien de passer à l'ordre du jour, S. Exc. le Président déclare close la discussion sur le chapitre des îles de l'archipel Indien et met aux voix la proposition de M. Van Geuns, ainsi formulée :

» Sont exclues de la catégorie des pays douteux les possessions hollandaises de l'Archipel Indien, puisque sur leur compte il n'y a aucun soupçon d'*endémicité*. »

Cette proposition est adoptée à la majorité de 15 voix contre 9 et 2 abstentions.

Ont voté pour :

MM. Polak—Noidans—Segovia—Monlau—Goodeve—Dickson—Vernoni—Van Geuns—Millingen—Mirza-Khan—Sawas— Gomez—Lenz—Bykow—Stenersen.

Ont voté contre :

MM. Sotto—Spadaro —Lallemand — Fauvel— De Krause— Mühlig — Hübsch— Bartoletti— S. Exc. Salih Efendi.

Se sont abstenus de voter :

MM. Maccas et Bosi.

M. Stenersen déclare avoir voté en faveur de la proposition de M. Van Geuns parce que la plupart des personnes qui ont étudié cette question sont d'accord pour reconnaître la non-endémicité du choléra dans les possessions hollandaises. Mais comme ces pays, fait-il observer, pourraient devenir très dangereux pour l'Europe à cause de la fréquence des épidémies qui y règnent, M. Stenersen est d'avis qu'il faudrait insérer dans le rapport un paragraphe spécial pour les susdites possessions, comme la Conférence l'a fait pour la Perse.

M. Stenersen exprime le désir de connaître l'avis de M. Fauvel sur cette question et le prie de vouloir s'y prononcer.

M. Monlau demande des explications sur ce qu'on entend lorsqu'on dit d'insérer dans le rapport de nouveaux paragraphes. Selon lui, rien ne peut être ajouté au rapport de la Commission, il faut qu'il reste tel qu'on l'a présenté à la Conférence,— sans cela il cesserait d'être l'œuvre de la Commission. Il doit être aussi inséré *tel quel* comme annexe du procès-verbal de la séance à laquelle il a été présenté. Toutes les modifications, tous les amendements, toutes les additions que la Conférence a adoptés pendant la discussion, trouveront, pense-t-il, leur place dans les procès-verbaux. Faire imprimer de nouveau, fait observer M.Monlau, le rapport général différent de celui qui a été fait et distribué par la Commission serait un non-sens— ce serait un rapport que la Conférence se ferait à elle-même. Cela, conclut-il, est contraire à tous les usages qui prévalent dans les

assemblées à propos des rapports élaborés par des Commissions spéciales et discutés par devant-elles.

Les observations de M. Monlau donnent lieu à une conversation à laquelle prennent part, d'un côté, MM Lallemand—Fauvel—Goodeve—Dickson – Bosi—Maccas– Mühlig – Bartoletti à l'appui de la proposition de M. Monlau, et MM. le Chr Pinto de Soveral et Sawas contre la même. Selon M. de Soveral il n'y a que les rapports adoptés par la Conférence qui soient définitifs et dont les conclusions puissent avoir force de loi. Par conséquent, dit il, il est nécessaire de faire réimprimer le rapport général d'après les modifications acceptées par la Conférence s'il l'on veut qu'il soit considéré comme son travail, comme acte et document émanant de la Conférence elle-même.

MM. Maccas et Mühlig proposent de passer à l'ordre du jour, tout en se réservant d'agir plus tard, et lorsque la discussion du rapport-général sera achevée, conformément à ce que la Conférence croira mieux lui convenir.

La Conférence s'étant prononcée dans ce sens, S. Exc. le Président invite M. Fauvel à poursuivre la lecture du rapport général.

M Fauvel opine qu'il faut mettre aux voix d'abord le texte du second chapitre et ensuite les conclusions.

M. Salem bey prie l'honorable Conférence de porter aussi son attention sur la côte orientale et méridionale de la péninsule Arabique qu'on pourrait, croit-il, rayer de la liste des pays douteux, comme on l'a fait à l'égard de la Perse et des îles de l'Archipel Indien. Les considérations qu'on a fait valoir à leur égard, militent aussi, à son avis, en faveur de la péninsule Arabique. Plusieurs auteurs Arabes qui ont écrit sur cette province ne font aucune mention du choléra comme maladie endémique.

M. Bartoletti ajoute, que s'il est vrai que le choléra n'est pas endémique en Perse il est tout aussi vrai qu'il ne l'est pas non plus à Maskat.

M. Sawas fait observer qu'à l'exception de Maskat, les autres pays de la côte orientale ne sont nullement connus, car aucun voyageur n'en parle, et pour ce qui se rapporte à Maskat tout le monde tombe d'accord à le considérer comme un pays excessivement malsain où le choléra règne presque toujours.

S. Exc. le Président met aux voix le texte du second chapitre du rapport avec les amendements adoptés par la Conférence.

Il est accepté à la majorité de 20 voix.

M. Maccas demande que le mot *envahissant* soit supprimé de la conclusion. Ce mot, pense-t-il qui était une épithète nécessaire ou indifférente dans le texte, devient tout-à-fait superflu dans la conclusion qui parle de *choléra* asiatique. Il est plus qu'inutile, pense t-il, et il pourrait donner lieu à des malentendus en faisant supposer qu'il y a une autre espèce de choléra asiatique outre l'envahissant.

L'observation de M Maccas est appuyée par M. Dickson, mais elle est combattue par MM. Sawas et Fauvel qui trouvent que cette épithète servant à donner plus de force et à mieux faire ressortir la pensée qui domine dans la conclusion, n'est peut-être point superflue et on pourrait même la considérer comme nécessaire.

S. Exc. le Président met aux voix la conclusion *telle quelle*.

Elle est adoptée à la majorité de 19 voix contre 2.

Le 3^{me} chapitre est adopté à l'unanimité des voix.

La discussion porte sur le 4^{me} chapitre.

M. Dickson fait observer qu'il avait voté contre cet article et qu'on a omis de le dire. La maladie, selon lui, existait dans le Hedjaz, et surtout dans l'Hyemen avant l'époque du pèlerinage.

M. Mühlig déclare qu'il avait voté *pour*, mais après les explications, dit-il, données par M Goodeve, et, surtout après les faits de cette année-ci, il est très ébranlé dans sa croyance. — Par conséquent, il voudrait qu'on modifiât le chapitre en question dans ce sens.

Le choléra asiatique ne paraît pas avoir dans le Hedjaz un foyer originel, mais il y règne très-souvent importé *probablement* du dehors.

M. Mühlig se demande si les Persans ne tiennent à éliminer la Perse de la catégorie des pays suspects, pour la seule raison qu'ils voudraient soustraire leur frontière à l'établissement de mesures sanitaires.

S. Exc. Salih Efendi serait porté à croire que les pèlerins du Sud avaient, l'année passée, importé et répandu le choléra dans le Hedjaz.

M. Goodeve s'inscrit contre une pareille supposition.

M. Bartoletti, au contraire, affirme qu'il ne résulte d'aucun document que le choléra existât l'année passée dans le Hedjaz avant l'arrivée des pèlerins, tandis qu'il est démontré, dit-il, qu'en 1864 il existait à Singapore—d'où 16 navires pleins de pèlerins étaient arrivés à Djeddah, après un voyage de 50 jours. Qu'on ne l'oublie pas, dit M. Bartoletti, tant en

Perse que dans le Hedjaz, c'est toujours le pèlerinage qui rend le choléra presque endémique. Pour l'épidémie actuelle, M. Bartoletti, serait disposé à l'attribuer aux communications qu'on a eues avec l'Abyssinie où le choléra déjà régnait.

M. Van Geuns est d'avis qu'on pourrait disculper le Hedjaz si on était en possession de tous les faits, dûment constatés par des rapports, qui se réfèrent aux différentes épidémies et surtout à celle de 1865. Cela serait d'autant plus nécessaire, à son avis, que chaque fait se prête à plusieurs interprétations différentes.

M. Salem bey opine que le Hedjaz est un pays qu'on devrait soupçonner moins que tout autre : l'importation du choléra du dehors y a toujours été bien constatée, elle a eu lieu toujours par les pèlerins. Un coup-d'œil, dit-il, jeté sur le tableau des épidémies cholériques (dans leur date historique) qui se sont succédé en Egypte, suffit pour démontrer l'importation du choléra dans les Lieux Saints. En voici les dates :

13 juillet 1831 — 24 juin 1848 — 25 juillet 1850 — 4 juin 1855 — 11 juin 1865. En tout 5 épidémies.

Un fait assez important qui ressort de l'histoire de ces 5 épidémies, est, dit Salem bey, le suivant :

« L'Egypte n'a été envahie par le choléra au moment du retour des pèlerins de La Mecque que deux seules fois — c'est-à-dire, dans la première épidémie de 1831 et dans celle de 1865. »

Il importe, ajoute Salem bey, de noter que le pèlerinage qui s'accomplit tous les ans, est toujours surveillé par des médecins qui accompagnent la caravane à travers une grande étendue du Hedjaz — ce qui prouve que l'importation de la maladie en Egypte est bien constatée.

Les autre trois épidémies ayant eu lieu quelques mois avant le pèlerinage, le Hedjaz, conclut Salem bey, ne peut pas être soupçonné d'avoir le choléra en état endémique, surtout si l'on considère que le choléra n'a atteint les pèlerins que lorsque les fêtes religieuses ont coïncidé avec les mois les plus chauds de l'année, et ce qui plus est, c'est un fait qui est connu de la manière la mieux démontrée, qu'à la dernière épidémie, le choléra a été communiqué au pèlerinage par les pèlerins provenant des Indes.

Pour exclure, ajoute Salem bey, toute idée de foyer originel du choléra dans le Hedjaz, il importe de tenir grand compte aussi des conditions géographiques et sociales de cette contrée qui est traversée par d'immenses déserts.

M. Bosi désire savoir si on possède des renseignements exacts concernant l'épidémie actuelle. Où a-t-elle pris naissance, comment a-t-elle été importée dans le Hedjaz ?

M. Bartoletti répond que d'après toutes les apparences le choléra, comme il a eu soin de le faire remarquer à la dernière séance, a éclaté à Bader, et s'est manifesté le long de la route qui mène à Médine — quelques cas aussi s'étaient présentés parmi les pèlerins qui étaient restés à La Mecque. Il paraît certain, ajoute M. Bartoletti, qu'il n'y a pas eu de choléra pendant le pèlerinage. — Le choléra existait à Gondas et dans quelques autres parties de l'Abyssinie— et il est très probable, selon M. Bartoletti,que la manifestation actuelle du choléra tire sa source de l'Abyssinie.

M. Dickson revient sur l'épidémie de 1865 — et déclare ne pas comprendre les motifs qui poussent M. Bartoletti à la faire dériver de Singapore. M. Dickson n'entend nier aucun des faits cités devant la Conférence, mais il tient à ce que le 4^{me} chapitre du rapport-général soit rectifié conformémement aux faits; là il où est dit : —Qu'il est avéré qu'effectivement des provenances de l'Inde atteintes de choléra soient arrivées dans le Hedjaz avant que la maladie s'y fût encore manifestée — ainsi que la conclusion elle-même dudit chapitre.

Or, voici, dit M. Dickson, les faits dans toute leur exactitude :

Des lettres d'Ahmed-Pacha, gouverneur de l'Hyemen en 1865, adressées à sa famille établiraient que le choléra sévissait dans l'Hyemen *avant l'époque du pèlerinage* de La Mecque. Les rapports du Consul Britannique de Djeddah indiquent que, pendant les six années de sa résidence dans ce pays, le choléra, d'après ses observations, y paraissait toujours après le retour des pèlerins de La Mecque.

Des informations officielles venant des agents Anglais, établis sur les parages du Golfe Persique, donnent crédit à la supposition du choléra *en permanence* sur les bords arabiques du golfe. D'autres rapports mentionnent son existence sur la côte d'Hadramont et notamment à Mokalla. Enfin l'existence actuelle de la maladie dans le Hedjaz, sans que l'on ait pu surprendre son origine en dehors du pays, sont, dit M. Dickson, les raisons qui lui font croire que le choléra y est *très probablement* acclimaté.

M. Dickson veut bien admettre qu'en 1865, le choléra existait à Singapore, que deux navires chargés de pèlerins avaient quitté ce port, et, qu'après un très-long voyage, pendant lequel aucun accident n'était arrivé

à bord, il touchèrent Mokalla — qu'après leur départ de cette ville, une épidémie cholérique éclata parmi eux, et qu'elle cessa avant leur arrivée à Djeddah — que finalement on n'entendit plus parler de la maladie qu'après l'accomplissement *des sacrifices* à La Mecque — et lorsqu'une violente explosion de la maladie s'y déclara.

Mais quel lien, se demande M. Dickson, existe entre le choléra de Singapore et l'épidémie de La Mecque ? Tout en admettant pour un instant, dit M. Dickson, que le choléra n'est pas *endémique* dans le Hedjaz, n'est-il pas bien plus probable qu'il y ait été importé de Mokalla ? Surtout de Mocka, port de la mer Rouge, placé sur la route des pèlerins se rendant à leur destination.

De plus, ajoute M. Dickson, il paraîtrait, d'après M. Bartoletti, que la manifestation du choléra cette année-ci dans le Hedjaz, a eu son origine dans l'Abyssinie — Mais les documents dont M Bartoletti a tiré cette assertion, déclarent au contraire, pense M. Dickson, que la frégate Egyptienne *Ibrahimieh* quittait Massowah avec *patente nette* et arrivait le 23 mai à Djeddah portant des lettres de Massowah qui donnaient la nouvelle que depuis une semaine, au départ du bateau, deux ou trois cas de choléra avaient lieu journellement. Mais *avant que ce bateau eut pu prendre pratique et avoir des communications avec Djeddah,* le choléra s'était déjà manifesté dans la ville sur un individu *gardé* à l'hôpital militaire depuis dix jours, et les pèlerins de Soudan, de retour de La Mecque, assuraient que le choléra avait éclaté parmi leurs compatriotes dès le 19 mai. De plus, le Dr Bisemstein dit que le choléra avait paru simultanément à Médine, Bedo et Yambo, et, ceci, qu'il soit bien remarqué, dit M. Dickson, non pas lors de l'agglomération des pèlerins, non pas pendant les sacrifices, mais 20 jours après que les cérémonies avaient été accomplies, et notamment après le départ des caravanes et même après l'arrivée à Djeddah et à Suez d'une partie des pèlerins.

M. Dickson conclut, qu'il espère que la Conférence voudra, appréciant à leur juste valeur les faits qu'il a allégués, modifier les conclusions du rapport conformément à ces faits.

M. Dickson est d'avis, pour ce qui touche à l'épidémie actuelle, qu'il n'est pas bien démontré qu'elle tire sa source de l'Abyssinie. Gondas, dit-il, et les autres endroits où on l'avait annoncé se trouvant tout à fait dans l'intérieur de l'Abyssinie. Ce serait donc, pense t-il, une explication trop

outrée en comparaison des données évidentes en faveur de l'autre version, que de supposer que le germe du choléra eut été porté vers la côte et de là au Hedjaz.

M Bartoletti réplique à M. Dickson, qu'il n'y a pas moyen de dénaturer les faits. Le choléra, quoiqu'on prétende, est venu de Singapore et cela résulte à l'évidence du rapport qu'il a communiqué à la précédente séance. Il persiste à croire que les explications qu'il a données sont beaucoup plus probables que celles mises en avant par M. Dickson.

M. Millingen démontre la nécessité de prendre connaissance de tous les documents qui se rattachent à cette importante question. Ces documents S. Exc. le Président pourrait se les procurer. M. Millingen entend parler des lettres d'Ahmed Pacha, du Shérif de La Mecque et autres documents pareils.

Sur la proposition de M.Vernoni, appuyé par M. Bartoletti et autres Délégués qui insistent sur la nécessité d'avoir les documents que M. Millingen vient de réclamer, faute desquels on ne pourrait pas se prononcer en connaissance de cause, sur cette importante question, S. Exc. le Président renvoie à la prochaine séance la suite de cette même discussion. Jusque là, dit-il, il tâchera d'avoir les documents qu'on demande.

M Bartoletti a la parole pour une communication d'actualité. A la suite, dit-il, des derniers rapports reçus de l'Egypte et pour se conformer aux vœux exprimés à plusieurs reprises par l'honorable Conférence, le Conseil Supérieur de Santé a assujéti les provenances de l Egypte, quelle que puisse être la catégorie de leurs patentes, à 15 jours pleins de quarantaine, et cela jusqu'à nouvel ordre.

M. Bartoletti communique le dernier télégramme, adressé par Colucci Bey à l'Intendance Sanitaire de Constantinople en date du 13 juin.

Il est ainsi conçu :

Alexandrie, 4 heures 1/4.

« Les Drs Bisemstein et Castaldi sont arrivés le 11 juin à Suez et annoncent que 3,000 pèlerins, environ, ont décidé de partir pour Suez par voie de mer, et que leur intervention de même que celle de l'Autorité locale n'a pu réussir à empêcher ce départ.

L'Intendance de l'Egypte maintient les dispositions du Congrès et lorsque ces pèlerins se présenteront devant Suez, ils seront repoussés et forcés d'aller faire quarantaine à Djeddah—Tor et à Mohal.

Le Dr Ferro partira demain avec un vapeur exprès pour Yambo avec deux professeurs de l'Ecole de médecine du Caire qui emportent des vivres et des médicaments.

Aujourd'hui les Drs Bisemstein et Castaldi s'embarqueront sur le vapeur destiné au Dr Ferro, qui les déposera à Djeddah.

Santé parfaite en Egypte. Pas un seul malade, d'aucune sorte parmi les quarantenaires, aux Sources de Moïse — pratique sera donnée après demain — Commission envoyée à Suez, écrit aucune maladie à Suez. »

M. Salem bey dit qu'après ce que M. Bartoletti vient de communiquer, il est évident que le Conseil de Santé n'a adopté que par précaution des mesures quarantenaires très sévères à l'égard de l'Egypte dont l'état de santé était et continue d'être très satisfaisant — comme cela ressort des dépêches qu'il a communiquées à la dernière séance. Aujourd'hui encore, dit-il, il y a des nouvelles très rassurantes. L'état sanitaire de l'Egypte est parfait — à Alexandrie il n'y a eu qu'un seul cas de choléra sporadique. Dans le Hedjaz même il y a diminution de la maladie. Ainsi, selon Salem bey, rien ne peut justifier la mesure de rigueur infligée à l'Egypte mise au régime de la patente brute malgré la patente nette que les autorités sanitaires délivrent. M. Salem bey est d'avis que de pareilles mesures ne peuvent qu'être pernicieuses par l'alarme qu'elles font naître.

M. Fauvel complète les renseignements qui viennent d'être fournis à la Conférence. Il explique la mesure adoptée par le Conseil supérieur de Santé. Ce n'est pas, dit-il, sur une seule dépêche venue de l'Egypte mais sur un ensemble de dépêches, de rapports, de télégrammes expédiés par des Agents Consulaires et par l'Intendance Sanitaire d'Alexandrie, que le Conseil de Santé de Constantionple, a arrêté la mesure quarantenaire communiquée par M. Bartoletti. Le Consul d'Angleterre parle de quelques cas de choléra sporadiques à Suez. Une dépêche de l'Intendance Sanitaire Egyptienne parle de quelques cas de fièvre pernicieuse à Suez, et ajoute, en ayant soin de souligner le mot, avec *crampes*. Il faut bien le dire, ajoute M. Fauvel, les rapports de l'intendance Sanitaire Egyptienne laissent des doutes. De tout côté on recevait la nouvelle qu'en Egypte, à Alexandrie, à Suez on avait observé des cas de choléra sporadique ou de fièvres pernicieuses cholériques, ce qui prouve qu'il s'agissait réellement de choléra sporadique ? Lorsque le choléra asiatique sévit à Djeddah, à Yambo et ailleurs, n'est-on pas en droit de se demander si ces cas ne sont pas le

prélude d'une épidémie, et, la prudence n'autorise-t-elle pas d'agir en conséquence ?

C'est cette considération, dit M Fauvel, qui a déterminé la décision du Conseil de Santé.

Plusieurs Délégués se rangent à l'avis de M. Fauvel.

M. Bartoletti donne communication d'une autre dépêche reçue d'Alexandrie le 12 juin à 10 3/4 h. du matin. La voici :

« Santé publique parfaite en Egypte : quelques cas de fièvre pernicieuse à Suez et en voie de diminution. Néanmoins, envoi à Suez d'une Commission médicale pour bien constater la nature de la maladie.

Depuis le cas isolé de choléra sporadique advenu le 7 juin sur un individu venu de dehors à l'hôpital d'Alexandrie, rien de nouveau. Choléra à Djeddah, à La Mecque, à Yambo, à Bedre. A Djeddah diminution et presque disparition. A Yambo, intensité plus grande—en tout 55 cas jusqu'au 11 mouharem — 102 cas jusqu'au 15 mouharem— à La Mecque on ignore les chiffres des décès—à Bedre on dit qu'il fait des ravages parmi les pèlerins.—Santé des quarantenaires aux sources de Moïse parfaite. Maintien rigoureux de l'interdiction par voie de mer—entretien des pèlerins aux frais du gouvernement Egyptien et demande du même gouvernement au gouverneur du Hedjaz des moyens de transport par terre à leur fournir. Quant aux 106 décès arrivés par mer de Djeddah à Suez c'est une fable complète.

(Signé) Colucci Bey »

La séance est levée à 6 heures.

Ordre du jour de la prochaine séance :

1° Suite de la discussion sur l'épidémie cholérique de 1865.

2° Suite de la discussion du rapport-général.

3° Communications diverses.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Dr Naranzi.—Bon de Collongue.

N° 17.

SÉANCE DU 16 JUIN 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 16 juin, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa dix-septième séance, dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Etaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

M. le Docteur Polak, ancien archiâtre de S. M. le Schah de Perse

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien :

Pour la Belgique :

M. le comte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires ;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes ;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Professeur J. Van Geuns ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

M. le Docteur Sawas Efendi, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard PINTO DE SOVERAL, chargé d'affaires ;

M le conseiller Docteur Bernardino Antonio GOMEZ, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. H. de KRAUSE, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi de Prusse ;

M. le Docteur MÜHLIG, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur LENZ, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur BYKOW, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. OLUF STENERSEN, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron HÜBSCH ;

Pour la Turquie :

S. Exc. SALIH EFENDI, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur BARTOLETTI, inspecteur-général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(*Pour l'Egypte*) : le Docteur SALEM BEY, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S. A. le vice-roi d'Egypte ;

La séance est ouverte à midi.

M. le B^{on} de Collongue lit le procès-verbal de la 15^{e} séance, et M. le D$_{r}$ Naranzi celui de la 16^{e}. La Conférence adopte ces deux procès-verbaux après quelques rectifications faites séance-tenante et reprend ensuite la discussion du chapitre IV du Rapport de M. le D^{r} Fauvel relatif au Hedjaz.

M. le D^{r} Fauvel tient à bien constater que la conclusion de ce chapitre à savoir que « le choléra asiatique ne paraît pas avoir dans le Hedjaz de

foyer originel, mais qu'il semble y avoir été jusqu'ici toujours importé du dehors » n'a rien d'affirmatif ; elle se borne à établir une probabilité et nullement une certitude.

M. le Dr Bartoletti prend la parole pour appuyer la conclusion de la Commission, conclusion qui se fonde: 1° Sur ce que le choléra n'était pas connu au Hedjaz avant 1831, et qu'il n'y avait même pas dans ce pays de dénomination applicable à cette maladie ; 2° sur ce que les épidémies de 1835, 1846, 1847, 1848, 1859 et années suivantes jusqu'à la grande épidémie de 1865, ont toujours coïncidé avec l'époque du pèlerinage ; 3° enfin sur ce qu'il est avéré qu'effectivement des provenances de l'Inde atteintes de choléra sont arrivées au Hedjaz avant que la maladie ne s'y fût manifestée. M.le Dr Bartoletti qui croit inutile de revenir sur les deux premiers points, se borne à produire quelques faits nouveaux relatifs à l'importation du choléra au Hedjaz en 1865. Ce sont d'abord les déclarations relatées dans le Rapport de la Commission Sanitaire Ottomane du Hedjaz, des capitaines de trois navires anglais ayant amené des pèlerins à Djeddah. Le premier de ces bâtiments, la *Miss Marchan*, avait à bord 350 pèlerins du Bengale : 25 meurent de diarrhée pendant la traversée ; le second, le *Boy-Neyr*, parti du Bengale pendant que le choléra y sévissait, portait 100 pèlerins : 20 succombent dont 4 avec tous les symptômes du choléra ; le troisième, le *Ruby*, avait pris à Singapoor où l'épidémie régnait également, 500 pèlerins : le choléra éclate à bord et fait 90 victimes, la mortalité ayant commencé à Mokalla pour ne cesser que deux jours avant l'arrivée à Djeddah. Trois autres navires venus, l'un du Bengale, les deux autres de Java, avaient, au dire de leurs capitaines, également eu des malades à bord. M. le Dr Bartoletti cite ensuite un rapport du Consul Général des Pays Bas à Singapoor qui dit en propres termes que l'apparition du choléra en Arabie doit être attribuée aux pèlerins Indiens de Malacca, Timor, Sarawah, Jokon, Pahang et autres petits états libres de la péninsule Malaise ; qu'en 1864, le choléra sévissait à Java et à Singapoor et qu'il est prouvé que des malades de choléra et des convalescents de cette maladie se sont embarqués pour aller à La Mecque. Passant aux cas de choléra qui viennent de se manifester à Bader, à Médine, à Yambo, à La Mecque et à Djeddah, M. le Dr Bartoletti n'admet pas qu'ils puissent être considérés comme une preuve de l'endémicité au Hedjaz. Il ne s'agit, d'ailleurs, que de cas sporadiques dont les dernières nouvelles annoncent

la complète disparition à Djeddah ; ne serait-ce pas dès lors plutôt une suite de la grande épidémie de l'année dernière, n'est-il pas plus probable encore qu'il y a eu une nouvelle importation?Le rapport de la Commission Ottomane établit qu'à La Mecque le choléra a sévi principalement sur des pèlerins africains du Soudan arrivés en retard de Djeddah. Le même rapport en parlant des pèlerins restés à La Mecque après le départ de la caravane de Damas, dit que ces pèlerins étaient en train de se rendre à Médine, qu'une première caravane était même arrivée à Yambo en bonne santé, lorsque l'épidémie fit son apparition à Bader. Les pèlerins qui reviennent par Yambo sont pour la plupart des Indiens et des Africains que le gouvernement est forcé de nourrir à cause de leur état de misère et que le Consulat d'Angleterre se charge de rapatrier. C'est parmi eux que le choléra se déclare, au milieu du désert, à Bader, est-ce là donc une preuve de l'endémicité du choléra à La Mecque ? et si cette endémicité existait en effet, l'épidémie n'aurait elle pas éclaté pendant les fêtes, lorsque les pèlerins étaient encore tous réunis. On a dit, d'autre part, que le choléra n'avait pu être importé par cette raison que tous les ports par où les pèlerins peuvent arriver dans le Hedjaz étaient sévèrement surveillés par les médecins de la Commission Ottomane, mais cette surveillance n'était pas une quarantaine rigoureuse, et d'ailleurs pouvait-elle être exercée partout ? Le rapport de la Commission cite, notamment, comme n'ayant pu être pourvus de médecins, les deux ports de Rais et de Rabel qui sont plus rapprochés de Médine que Yambo et où débarquent pour ce motif un grand nombre de pèlerins, principalement les pèlerins Africains retardataires. On sait que c'est parmi ces pèlerins qu'ont été signalés les premiers cas de choléra, n'est-on pas dès lors autorisé à admettre comme probable que ce serait d'Afrique où il règnait que le choléra aurait été importé au Hedjaz ? Un extrait d'un rapport de M. Menzinger, agent Consulaire de France à Massawah, dont M. le D[r] Bartoletti donne lecture, lui paraît rendre plus vraisemblable encore le fait de cette importation. Dans ce rapport qui porte la date du 3 mai, on trouve que le choléra sévissait à Adora et à Gondar ; qu'il avait pris sa marche de l'intérieur de l'Abyssinie par les tribus des Bogas, Mensa, Hamacca, Hababs et Beni-Amer, et que ces tribus étant en relation avec Souakim, il y avait lieu de craindre que la maladie ne se transmît ainsi le long des côtes de la Mer Rouge.M.le D[r] Bartoletti votera contre toute modification de la conclusion du rapport.

M. le Dr Dickson ne trouve pas dans ce qui vient d'être dit de raison suffisante pour se départir du doute pour lequel il s'est déclaré. Le fait des nombreux navires venus du Bengale, de Java et de Singapoor sur lesquels les cas de choléra se seraient manifestés avant leur arrivée au Hedjaz, ne repose sur aucun document positif. Un rapport officiel de M. Raby, Consul d'Angleterre à Djeddah, constate, d'ailleurs, que le choléra existait à Sana et sur plusieurs points de l'intérieur du Yémen vers la fin de l'année 1864. On ne peut nier, non plus, que les pèlerins n'aient été cette année soumis à une surveillance rigoureuse au moment de leur débarquement et que leur état sanitaire n'ait été trouvé satisfaisant. Il n'y a pas non plus de liaison bien établie entre les cas de choléra signalés au Hedjaz et l'épidémie qui a régné en Abyssinie. Il est enfin avéré que des cinq grandes épidémies bien constatées à La Mecque, deux seulement ont coïncidé avec l'époque du pèlerinage.

M. le Dr Mühlig rappelle qu'il s'est borné à proposer une légère modification de la conclusion du chapitre en discussion. Il ne s'agirait que de changer ainsi qu'il suit la seconde phrase de cette conclusion : *mais le choléra y règne souvent probablement toujours importé du dehors*. Il n'affirme pas qu'il y ait de foyer endémique au Hedjaz, mais c'est une question qui a encore besoin d'être étudiée.

M. le Dr Goodeve pense comme M. le Dr Dickson que les faits produits par M. le Dr Bartoletti ne suffisent pas pour établir une certitude. Il faut plus de deux mois à un navire à voiles pour faire le voyage des Indes au Hedjaz; et il est peu probable que le choléra puisse durer si longtemps à bord d'un navire sans s'éteindre. En supposant que les trois bâtiments anglais dont on a parlé aient embarqué plus de passagers que les règlements ne le permettent et qu'ils aient perdu du monde en route, il resterait donc à prouver qu'ils eussent encore le choléra à leur arrivée à Djeddah. Aurait-on laissé débarquer des pèlerins et surtout des pèlerins Indiens, s'ils avaient été malades ? Sait-on de plus si les navires en question avaient ou non fait directement le trajet, avaient-ils relâché dans quelque port, à Mokalla par exemple, n'y avaient-ils pas pris la maladie? M. le Dr Bartoletti qui n'indique même pas de quel port du Bengale seraient sortis les trois navires en question, n'aurait-il pas dû préciser le moment où le choléra s'est déclaré à bord et celui où il a cessé ? En résumé s'il est vrai qu'en 1865 le choléra ait été importé au Hedjaz par des pèlerins Indiens ou Javanais, il est en tous cas

peu vraisemblable que ce soit par des pèlerins venant directement de l'Inde; ces pèlerins auraient plutôt pris la maladie dans les ports de l'Arabie où l'on touche avant d'arriver à Djeddah.

Le Dr Salem bey lit, à l'appui de la conclusion de la Commission, un passage de l'ouvrage de Carl-Ritter sur l'Arabie où il est question des maladies qui règnent au Hedjaz et où le choléra est mentionné comme étant une maladie d'importation. Il ne croit pas jusqu'à preuve du contraire, qu'on puisse considérer comme une épidémie les cas sporadiques qui viennent de se produire: la maladie ayant paru d'abord dans des localités fréquentées par les pèlerins, l'importation est presque évidente. Le Dr Salem bey voudrait qu'on enlevât à la conclusion sa forme dubitative en supprimant le mot *paraît*.

M. le Dr Monlau fait remarquer que cette conclusion ne répond qu'à une partie de la 4e question. S'il est probable que le choléra ne soit pas endémique au Hedjaz, en un mot qu'il n'y ait pas dans ce pays de foyer originel permanent, sait-on s'il ne s'y produirait pas des foyers originels périodiques, temporaires. C'est là une question qui demanderait à être étudiée et sur laquelle la présente discussion prouve qu'on ne possède aucune donnée. M. le Dr Monlau propose qu'on modifie ainsi la conclusion du chapitre IV: *Le choléra asiatique ne paraît pas avoir dans le Hedjaz de foyer originel permanent; quant à la création de foyers originels périodiques coïncidant avec l'époque du pèlerinage, la Conférence, faute de données suffisantes, ne se croit pas autorisée à conclure formellement à cet égard.*

M. le Dr Fauvel répond que la rédaction de la 4e question est évidemment défectueuse, mais qu'il n'appartenait pas à la Commission de la modifier: les deux mots *périodique* et *originel* s'excluent réciproquement. Un foyer périodique n'est pas un foyer originel. La Commission s'est prononcée en ce qui concerne les foyers permanents; on ne sait rien quant à l'existence de foyers temporaires.

M. le Dr Millingen, tout en admettant que l'importation réitérée du choléra au Hedjaz soit toujours due à des provenances de l'Inde, conteste que cette importation se soit invariablement et exclusivement opérée par les pèlerins et, conséquemment, que les diverses épidémies aient toujours coïncidé avec le pèlerinage. Ce n'est pas le cas par exemple de l'épidémie de 1846 qui éclate à Djeddah et à Yambo pendant le mois de mai, c'est-à-dire six mois avant l'époque du Courban Baïram qui, cette année-là,

tombait en novembre. M. le Dr Millingen signale la grande foire qui se tient chaque année à Djeddah au mois de mai et où affluent les négociants des Indes Orientales, des îles de l'Archipel Indien et de la Malaisie, qui viennent échanger leurs produits contre ceux du Hedjaz, de l'Egypte, de l'Abyssinie, du golfe Persique et de la côte de Mozambique, comme un mode d'importation sur lequel la Commission n'a pas arrêté son attention. C'est à l'époque de cette foire qu'on a quelquefois vu attirer à Djeddah jusqu'à 216 navires grands ou petits, qu'eut lieu, en 1846, l'invasion du choléra. Parfois, comme en 1831 et en 1865, cette foire se trouve coïncider avec le pèlerinage, or c'est précisément en 1831 et 1865 qu'éclatent les deux plus grandes épidémies qui aient régné au Hedjaz. M. le Dr Millingen recommande les faits qui précèdent à toute l'attention de la Commission qui sera chargée de l'étude des mesures quarantenaires à appliquer aux provenances de l'Inde avant leur admission dans les ports de la côte Arabique.

M. Stenersen constate que MM. les Drs Goodeve et Dickson n'ont fourni aucune preuve de l'endémicité du choléra au Hedjaz.

Quelques membres exprimant le vœu qu'il soit passé au vote, M. le Dr Fauvel demande la parole pour préciser la question qui n'est pas de savoir si le choléra est importé au Hedjaz de tel ou tel pays, mais bien s'il y est ou non endémique. MM. les Drs Goodeve et Dickson n'ont apporté à la discussion aucun fait qui infirme la conclusion de la Commission. De son côté M. le Dr Millingen n'a fait qu'indiquer un nouveau mode d'importation. De tout ce qui a été dit, il ressort uniquement 1° que le choléra règne très fréquemment au Hédjaz ; 2° que selon toute probabilité il y vient du dehors. La conclusion qui ne dit rien de plus ne doit donc pas être modifiée ; quant à lui enlever sa forme dubitative comme le demande le Dr Salem Bey, ce ne serait pas possible en présence des renseignements insuffisants qu'on possède.

M.le Dr Sawas propose qu'on supprime la partie du chapitre IV qui commence par les mots *et qu'enfin en plusieurs occasions* finit ainsi et *s'y fût encore manifestée*. Le choléra est évidemment importé au Hedjaz, mais on ne peut affirmer que ce soit des Indes. On devrait supprimer aussi de la conclusion les mots *ne paraît pas* et les remplacer, comme l'a demandé le Dr Salem bey, par une affirmation.

M. le Dr Fauvel observe que la Commission n'affirme pas que le choléra

soit importé des Indes au Hedjaz, elle se borne à cet égard à rapporter l'opinion généralement accréditée dans le pays ; elle ne dit pas non plus qu'en plusieurs occasions et notamment en 1865, des provenances de l'Inde atteintes de choléra l'aient apporté au Hedjaz, elle constate seulement que l'arrivée de ces provenances y a précédé l'explosion de la maladie. Il ne faut pas, d'ailleurs, confondre le corps même du chapitre avec la conclusion, or le nom des Indes n'est pas même prononcé dans cette conclusion.

Un grand nombre de membres insistant de nouveau pour la clôture de cette discussion, M. le Président met aux voix : 1° le texte du chapitre IV, 2° la conclusion.

La texte est adopté par 18 voix contre 4, celle de MM. les Drs Goodeve, Dickson, Millingen et Sawas, M. le Dr Monlau s'abstenant.

La conclusion est également adoptée à la majorité de 19 voix, 0 contre, 3 abstentions, MM. les Drs Monlau, Goodeve et Dickson.

M. le Dr Fauvel lit ensuite la question et la conclusion du chapitre V.

M. le Cte de Lallemand reproduit une observation précédemment faite par lui au sein de la Commission qui l'avait trouvée juste et fondée ainsi qu'on peut s'en assurer en se reportant aux procès-verbaux. Il demande que le mot *privilége* qui figure dans la question et dans la conclusion et qui n'est pas employé là dans son vrai sens, soit remplacé par le mot *propriété*.

M. le Dr Fauvel ne conteste pas la justesse de cette observation au point de vue grammatical. Le mot *privilége* dit plus que le mot *propriété*, c'est la raison pour laquelle il a cru devoir l'employer en ajoutant même *exclusif* pour lui donner encore plus de force.

A la suite d'une conversation qui s'engage à ce sujet, et M. le Cte de Lallemand n'insistant pas sur son observation, le texte et la conclusion du chapitre V sont mis aux voix et adoptés (18 voix pour, 0 contre.)

Il en est de même du texte et de la conclusion de la première partie du chapitre VI dont l'adoption ne donne lieu qu'à une seule observation faite par MM. les Drs Goodeve et Dickson. Il est dit dans la conclusion qu'on « ne connait pas les conditions spéciales sous l'influence desquelles le choléra naît dans l'Inde, » MM. les Délégués de la Grande Bretagne font des objections contre l'emploi du mot *naît*. Ils ne croient pas que le choléra naisse *de novo* du sol ; il ne fait que se maintenir par des transmissions

successives, et (ajoute M. le Dr Dickson) ainsi que le faisait autrefois la peste en Orient tant que son germe ne fut pas détruit.

M. le Dr Goodeve demande ensuite qu'on remplace les mots « la plus puissante » qui figurent dans la conclusion de la seconde partie du chapitre VI par les mots *une des plus puissantes*.

M. de Krause signale une contradiction qui semblerait exister dans la phrase suivante : « qu'au Bengale le choléra revêt la forme épidémique surtout pendant la *saison chaude*, d'avril en août, tandis qu'il en est autrement dans les provinces du Nord-Ouest où les plus grandes épidémies ont sévi pendant les mois de juillet et d'août. » Il se peut que les mois de juillet et d'août ne soient pas la saison chaude dans ces dernières provinces par suite de certaines circonstances climatériques, mais il faudrait tout au moins que ce fût expliqué.

M. le Dr Fauvel répond que la différence consiste en ce qu'au Bengale le maximum du choléra commence en avril avec la saison chaude et finit avec cette saison en août, tandis que dans les provinces du Nord-Ouest les plus grandes épidémies ont commencé avec la fin de la saison chaude, en août, et se sont continuées jusqu'au commencement de l'hiver.

M. le Dr Gomez a déclaré en Commission et déclare encore qu'il ne partage pas complètement, quant à l'influence des saisons sur le développement des épidémies cholériques aux Indes, l'opinion exprimée par la Commission. Il votera cependant la conclusion du chapitre, mais en faisant ses réserves relativement à la partie du texte dont il s'agit.

M le Dr Millingen croit que c'est la densité extraordinaire de la population plutôt que les pèlerinages, qui est, aux Indes, la principale des causes qui concourent au développement et à la propagation des épidémies de choléra.

Le texte et la conclusion de la seconde partie du chapitre VI sont adoptés à la majorité de 21 voix, 0 contre. La Conférence renvoyant à sa prochaine séance le commencement de la discussion sur les questions inscrites au deuxième groupe du programme.

M. le Dr Bartoletti donne lecture d'une dépêche qu'il vient de recevoir d'Alexandrie et qui donne les meilleures nouvelles de l'état sanitaire d'Egypte où l'on n'a plus eu à constater aucun cas de choléra.

Le Dr Salem-Bey propose qu'en présence de cette dépêche, la Conférence exprime le vœu que le Conseil Supérieur de Santé examine à nouveau

la question des mesures de précaution à prendre contre les provenances d'Egypte.

Quelques membres ayant observé qu'il n'y a pas lieu d'émettre ce vœu par la raison que le Conseil Supérieur de Santé ne pourra manquer de s'occuper de cette grave question dans sa prochaine séance, la Conférence repousse la motion qui ne réunit que la voix du Dr Salem-Bey et celle de M. le Dr Sawas. MM. les Délégués de la Grande Bretagne demandent qu'il soit constaté au procès-verbal qu'ils n'ont pas pris part à ce vote.

La séance est levée à cinq heures.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Bon de Collongue.—Dr Naranzi.

N° 18.

SÉANCE DU 18 JUIN 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 18 juin, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa dix-huitième séance, dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Etaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

M. le Docteur Polak, ancien archiâtre de S. M. le Schah de Perse ;

Pour la Belgique :

M. le comte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires ;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

L'Honorable M. W. Stuart, secrétaire de l'Ambassade de S. M. Britannique ;

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M. Kalergi, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes ;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. le Professeur J. Van Geuns ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

Mirza-Malkom-Khan, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur Sawas Efendi, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio Gomez, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. H. de Krause, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi de Prusse ;

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Lenz, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. Oluf Stenersen, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur-général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(*Pour l'Egypte*) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S. A. le vice-roi d'Egypte ;

M. le C^te^ de Noidans donne lecture d'un procès-verbal de la Commission plénière à l'effet de constater que sur la proposition de M. le C^te^ de Lallemand ladite Commission avait accepté de remplacer les mots, *privilège exclusif* (v. le titre du 5^me^ chap. du premier groupe des questions) par les mots : *propriété exclusive*.

M. Stenersen soumet à l'honorable Conférence la proposition de se réunir dorénavant quatre fois par semaine, à savoir, les lundis, mardis, jeudis et samedis. Son but est d'accélérer la marche des nombreux travaux que la Conférence s'est imposés par son programme, et qu'elle ne pourrait mener à bonne fin qu'en multipliant ses séances, en vue de gagner du temps.

MM. Bartoletti et Fauvel font observer que le Conseil de Santé, où siégent plusieurs Délégués, tient ses séances les mardis.

M. Mühlig combat la proposition de M. Stenersen parce que, à son avis, au lieu de faire gagner du temps elle en ferait perdre, en entravant les travaux des Commissions. La Conférence, dit-il, loin d'augmenter le nombre de ses séances, devrait les réduire à deux, pour donner le temps aux Commissions d'achever leurs travaux.

M. Mühlig propose de supprimer la séance de samedi.

M. Fauvel, Bosi et autres délégués appuient la proposition de M. Mühlig et développent davantage les motifs qui la rendent nécessaire et opportune en conciliant les travaux de la conférence et des Commissions.

M. Monlau adhère aussi à la proposition de M. Mühlig, mais à condition que la séance de la Conférence qui sera supprimée devienne séance obligatoire des Commissions.

M. Ségovia parle dans le sens de la proposition de M. Stenersen ; cette proposition, selon lui, est la seule qui convienne à la Conférence qui est réunie dans le but de travailler.

M. Goodeve se prononce pour le maintien des trois séances.

M. Bosi et M. le Chev. Pinto de Soveral demandent que le mot *obligatoire* soit retiré — les Commissions sont libres de se réunir les samedis et tous les autres jours — et certes, elles tiendront autant de séances qu'il leur en faudra, mais la Conférence n'a pas le droit, pense-t-il, de leur prescrire une séance obligatoire.

M. Segovia réplique qu'elle a le droit de le faire pour les mêmes raisons qu'elle a fixé pour elle-même le nombre et les jours de ses séances.

Plusieurs délégués protestent contre le mot *obligatoire*, tout en acceptant l'esprit de la proposition de M. Monlau. Sur la déclaration faite par M. Stenersen qu'il retire sa proposition, et, sur l'avis de plusieurs délégués, S. Exc. le Président met aux voix la proposition de M. Mühlig consistant à fixer, jusqu'à nouvel ordre, à deux les séances de la Conférence (lundi et jeudi).

Elle est adoptée par 18 voix contre 4.

S. E. le Président met aux voix la proposition de M. Monlau qui demande que la séance de samedi soit obligatoire pour les Commissions. Il y a parité de voix—pour 13, contre 13.

S. E. le Président ayant voté contre, sa voix prépondérante la fait rejeter.

Ceux qui ont voté contre la proposition déclarent qu'ils l'auraient adoptée sans le mot, *obligatoire*. Mais tous conviennent que le samedi est laissé à la disposition des Commissions.

M. Fauvel a la parole pour continuer la lecture du rapport-général. La discussion s'est arrêtée à la fin du premier groupe.

Le deuxième groupe de questions, dit M. Fauvel commence par ce titre. *Transmissibilité et propagation du choléra.*

M. Monlau fait à ce sujet, les remarques suivantes.

Ce chapitre, dit-il, comprend deux sujets bien différents qu'il importe de ne pas confondre. La *transmissibilité* qui n'est qu'une propriété ne devrait pas être traitée en même temps que la propagation qui est un *fait*. Ce sont deux choses bien distinctes pour chacune desquelles il devrait y avoir des conclusions à part, échelonnées méthodiquement. Cela serait d'autant plus nécessaire, pense M. Monlau, que dans le rapport il s'agit, soit dit en passant, plutôt de propagation, chose bien étudiée et depuis longtemps connue, que de transmissibilité, fait, pour ainsi dire, nouveau, qu'il importe de bien étudier et de démontrer par des preuves concluantes. Cela est tellement vrai, fait observer M. Monlau, que le choléra asiatique avait reçu la dénomination d'épidémique lorsqu'on ne croyait pas à sa transmissibilité. Mais aujourd'hui il ne suffit plus de l'appeler épidémique, il faut faire comprendre qu'il est aussi transmissible, chose qui ne tient pas essentiellement à chaque épidémie, étant bien connu que le propre des épidémies c'est de se propager, mais, il y en a aussi qui peuvent se transmettre, et, parmi ces dernières on a rangé de nos jours, le choléra épidémique. Pour prouver cela, M. Monlau allègue les épidémies cholériques qui ont eu lieu en Espagne.

Pour procéder avec ordre et méthode, conclut M. Monlau, il aurait fallu commencer ce chapitre par la transmissibilité — l'étudier convenablement et lui donner une conclusion spéciale, — ensuite on aurait dû faire la même chose pour la propagation. Il y a aussi, dans ce chapitre, selon lui, des assertions tellement formelles, qu'il faudrait en faire découler une déduction quelconque.

M Fauvel répond que si la Conférence adoptait la manière de voir de M. Monlau, au lieu de l'ordre et de la méthode qu'il prétend introduire dans le 2me groupe, elle admettrait que la plus grande confusion y régnât. M. Fauvel avoue ne pas comprendre les observations de M. Monlau, et moins encore ses attaques contre le groupe en question. Ce groupe, fait-il observer, avait été discuté en pleine commission, et avait été adopté à l'unanimité. — M. Monlau était présent pendant la discussion, il avait voté pour l'adoption et du texte et de la conclusion. A quoi tient donc aujourd'hui, se demande M. Fauvel, son opposition? M. Fauvel croit que le chapitre est bien enchaîné, qu'il y a et de l'ordre et de la logique. — Qu'on observe, dit-il, qu'on s'occupe dans le rapport, premièrement de la transmissibilité, on énumère et on étudie les preuves, servant à la prouver. Tout y est, selon M. Fauvel, dans un ordre logique, et, pour toute personne impartiale les faits y sont présentés dans un enchaînement rigoureux et méthodique.

M. Monlau fait observer à M. Fauvel que s'agissant d'une révision du rapport général, après qu'on a eu le temps de l'étudier, il est naturel que l'on change d'opinion sur plusieurs chapitres ou faits qu'on n'avait pas assez étudiés. Si aujourd'hui, dit-il, il combat des idées qu'il avait admises, il ne fait qu'user de son droit de délégué, appelé à prendre part à la discussion.

M. Stenersen pense qu'il faut être tolérant pour toutes les opinions, qu'il ne faut contraindre personne, que chacun doit être libre d'exprimer sa manière de voir quelle qu'elle soit, qu'en agissant différemment on gênerait ceux qui ont des observations à présenter relativement au rapport. Il déclare avoir, lui aussi, des objections à faire, mais il entend procéder d'après ses convictions et en usant de son droit de parler avec entière liberté.

M. Sawas appuie les observations de M. Stenersen. M. Bartoletti en qualité de Président, et M. Mühlig en qualité de rapporteur de la sous-commission chargée d'étudier cette question, parlent en faveur du rapport-général, qui émane, disent-ils, de la discussion approfondie et loyale, ainsi que des rapports particuliers des questions étudiées et débattues au sein de la Commission.

M. Fauvel déclare qu'il ne conteste nullement le droit de parler et de faire des objections, cependant, dit-il, il faut être conséquent, et respecter

les opinions qu'on a émises sur un sujet qu'on avait étudié et discuté. Sur la proposition de M. Bosi, S. Exc. le Président met aux voix le texte *tel quel* du 8me chapitre.

M. Goodeve et Dickson font une réserve touchant l'épidémie de 1865. Ils déclarent ne pas admettre l'opinion émise dans le rapport savoir, qu'il a été prouvé que l'épidémie de 1865 a été importée par les pèlerins venus des Indes.

Le texte, *tel quel*, est adopté à la majorité de 20 voix, contre 0 et une abstention, celle de M. Monlau.

Ont voté pour:

M. Polak, Sotto de Noidans, Spadaro, Comte de La llemand, Fauvel, Kalergi, Maccas, Vernoni, Bosi, Van Geuns, Millingen, Sawas, de Krause, Lenz, Bykow, Stenersen, B. Hübsch, Bartoletti, S. Exc. Salih Efendi (20).

Ensuite, S. Exc. le Président met aux voix la conclusion de ce même chapitre.

Elle est adoptée à la majorité de 22 voix, contre 0 et une abstention, celle de M. Monlau.

Ont voté pour, tous les précédents et plus MM. Segovia et Malcom-Khan.

M. Fauvel passe au deuxième article du 8 chap. qui a pour titre, preuves de faits établissant la propagation du choléra par importation.

M. Maccas demande que parmi les importations dont on fait mention dans ce paragraphe, on cite aussi celles de la Grèce, d'autant plus, dit-il, que la Grèce a pu fournir, comme il a eu soin de le démontrer au sein de la Commission, des preuves éclatantes en faveur de l'importabilité du choléra.

Ce sont ces preuves, fait observer M. Maccas, qui ont encouragé la Grèce à maintenir avec vigueur, dans cette dernière épidémie, son système de quarantaine, que tout le monde reconnait avoir eu le plus grand succès. Ce même système, ajoute-t-il, dans deux épidémies précédentes, avait sauvé la Grèce contre l'invasion du fléau. Dans la grande épidémie de 1830 et 37 elle avait échappé au danger auquel l'Europe entière avait été exposée, ainsi que dans l'épidémie de 1848. Dans la première de ces épidémies, dit M. Maccas, la maladie ne se manifesta dans aucun point de la Grèce, et dans la seconde (1848), le choléra ne s'était déclaré que dans une île seulement à Sciathos, et cela par une violation de la quarantaine, comme il a été constaté plus tard; cependant l'épidémie s'est éteinte dans l'île de Sciathos sans se propager à aucun autre point de la Grèce.

Le choléra, ajoute M. Maccas, a été importé en Grèce en 1854 par les paquebots français venant de Marseille (juillet 14). L'*importation* successive de la maladie pendant cette épidémie, a pu être suivie, selon M. Maccas, de la manière la plus rigoureuse.

Enfin, dit M. Maccas, la maladie a été importée en 1865 dans les lazarets de Délos et de Sciathos par des navires venant de Smyrne, d'Alexandrie et autres villes où régnait le choléra.

M. Mühlig prenant en considération la demande de M. Maccas, fait connaître que toutes les importations citées sommairement dans le rapport général, ont été extraites du rapport de la sous-commission qui les rapportait *in-extenso*. Les importations mentionnées par M. Maccas, M. Mühlig les considère assez importantes pour qu'elles soient insérées en détail dans le rapport-général sous forme d'addition.

M. Fauvel fait remarquer que le rapport général mentionne en plusieurs endroits les importations du choléra en Grèce. La seule épidémie de 1865, dit-il, n'y est pas rapportée, parce qu'elle doit figurer dans le rapport de M. Bartoletti relatif à la dernière épidémie.

Sur l'avis de plusieurs Délégués, S. Exc. le Président met aux voix le texte du 2^{me} groupe, 8^{me} chapitre.

Le texte est adopté tel quel, par 21 voix contre 0 et 5 abstentions.

Ont voté pour :

MM. Polak, Sotto, De Noidans, Spadaro, De Lallemand, Fauvel, Goodeve, Dickson, Maccas, Vernoni, Bosi, Van-Geuns, Millingen, De Krause, Mühlig, Lenz, Bykow, Hübsch, Stenersen, Bartoletti, S. Exc. Salih Effendi.

Se sont abstenus de voter :

MM. Segovia, Monlau, Malcom-Khan, Sawas, Gomez.

S. Exc. le Président met aux voix la conclusion du chapitre 8. Elle est adoptée à l'unanimité des voix. (Voir tous les précédents:)

Le paragraphe commençant par les mots : *y a-t-il des faits concluants* etc. est mis aux voix :

Il est adopté à l'unanimité (voir tous les noms précédents.)

A l'unanimité aussi est adopté le paragraphe qui porte pour titre : *Comment s'opère l'importation*, etc. (voir les noms précédents.)

Le chapitre XI, qui a pour titre: *dans quelles conditions l'homme importe-t-il le choléra ?* est adopté à l'unanimité, (voir les noms précédents moins MM. Monlau, Kalergi, et De Soveral sont absents pendant le vote.

Le chap. XII est aussi adopté à l'unanimité, moins M. Millingen qui s'appuie sur un fait cité par M. Michel Levy relatif à l'épidémie de Varna de 1854 lors de la guerre de Crimée. Le fait très important, dit M. Millingen, rapporté par cet auteur, contredit l'opinion émise dans le paragraphe qui vient immédiatement après la conclusion et dans lequel il est dit que rien ne prouve à la Commission que des individus sortant d'un foyer cholérique et jouissant, à leur arrivée dans un lieu indemne, d'une santé en apparence parfaite, ont pu, par eux-mêmes, y importer la maladie. Selon M. Millingen, le fait de Varna, rapporté par M. Levy, le prouve à l'évidence.

M. Fauvel croit que ce fait prouverait le contraire de ce que prétend M. Millingen, parce que la maladie n'a pas été importée à Varna, bien que dans le cours du voyage qui a duré 70 jours de Marseille à Varna, le navire ait touché en plusieurs endroits ou régnait le choléra.

Ont voté pour l'article 12 et sa conclusion tous les précédents, excepté M. Millingen.

M. Monlau, Kalergi, et le Chevalier de Soveral étaient absents pendant le vote.

La discussion est portée sur le chapitre 13.

M. Mühlig demande qu'on modifie la seconde partie de la conclusion de la manière suivante : tous les faits cités d'une incubation plus longue se rapportent à des cas qui ne sont pas concluants, ou bien parce que la diarrhée prémonitoire a été comprise dans la période de l'incubation, ou bien parce que la contamination a pu avoir lieu après le départ d'un lieu infecté.

C'est une question de rédaction, dit M. Mühlig, mais elle est importante, car elle sert à expliquer la première partie de la conclusion où il est dit, que le début de la diarrhée prémonitoire ou du choléra confirmé ne dépasse pas quelques jours.

M. Goodeve demande qu'on rectifie une phrase qui est au commencement de la page 36 (ligne 6) là où il est dit : *Extrait d'une communication officielle faite par M. Goodeve* dire, faite par M. Rotherford, (inspecteur-général de l'armée à Gibraltar.)

M. Sawas fait observer que l'expression dont on fait usage dans la conclusion où il est dit, *ne dépasse pas quelques jours*, n'est pas assez scientifique, elle est trop vague; M. Sawas voudrait qu'on dit franchement que l'on

ignore le terme, qu'on n'est pas en état de le préciser. Quelques jours, pense-t-il, peuvent bien être deux comme ils peuvent être 8, 10, et plus. Or, un rapport scientifique, selon M. Sawas, doit être plus exact que cela.

M. de Lallemand dit que la valeur ordinaire de cette expression familière équivaut à un laps de temps de deux à trois jours, jamais à plus de dix jours.

M. Fauvel fait remarquer que cela ressort bien du texte.

D'après M. Monlau on peut accepter la rédaction du texte, car plus tard, dit-il, lorsqu'il sera question des quarantaines on aura l'occasion de préciser cette période.

S. Exc. le Président, sur la proposition de M. Fauvel, qui déclare adhérer à l'amendement proposé par M. Mühlig, et après les observations de MM. Millingen, Salem bey, C^te^ de Lallemand, pour et contre cet amendement, met aux voix d'abord le texte du ch. XIII. Il est adopté à la majorité de 21 voix contre 0 et 3 abstentions, celles de M. Millingen, Malcom-Khan, Sawas.

Ont voté pour :

M. Polak, Sotto, Comte de Noidans, Spadaro, Comte de Lallemand, Fauvel, Goodeve, Dickson, Kalergi, Maccas, Vernoni, Bosi, Van Geuns, de Krause, Mühlig, Lenz, Bykow, B. Hübsch, Stenersen, Bartoletti, S. Exc. Salih effendi (21).

Ensuite M. le Président met aux voix la conclusion avec l'amendement de M. Mühlig.

Elle est adoptée à la majorité de 20 voix contre 1 et trois abstentions, celles de MM. Millingen, Malcom Khan, Sawas.

Ont voté pour tous les précédents excepté M. Bartoletti qui a cédé son vote à M. Salem bey lequel a voté contre l'amendement de la conclusion proposé par M. Mühlig.

M. Fauvel passe au chap. 14 dont le titre est, le choléra peut-il être importé et transmis par des animaux vivants ?

M. Lenz fait connaître la raison pour laquelle il avait voté contre ce chapitre. Elle se trouve, dit-il, exprimée dans la conclusion même du chapitre où il est dit: Il n'y a aucun fait connu qui établisse que le choléra ait été importé par des animaux vivants. Cette expérience négative, dit M. Lenz, donnée par les trois grandes épidémies, aurait dû, à son avis, prévaloir sur des raisonnements théoriques.

M. Bykow de son côté déclare qu'il avait voté contre le texte et la conclusion du chap. 14, parce que l'absence des faits démontrant la transmission

du choléra par les animaux vivants, prouve, d'après son opinion que l'enveloppe d'un animal vivant ne peut pas s'imprégner du principe cholérique et le conserver pendant un certain temps, et que par conséquent, les animaux ne doivent pas être considérés comme susceptibles.

M. Goodeve demande qu'on supprime la dernière partie de la conclusion depuis les mots : «mais il est rationnel cependant etc.»

MM. Dickson et Salem bey se rangent à l'avis de M. Goodeve.

MM. Van Geuns et Stenersen, après avoir tâché de démontrer qu'il y a contradiction entre la première et la dernière partie de la conclusion, déclarent adhérer à la demande de suppression faite par M. Goodeve.

M. de Lallemand fait observer que la commission ne s'arrête pas sur tous les animaux indistinctement mais bien sur quelques-uns et dans certains cas: elle ne les considère que comme revêtus de certaines matières capables de s'imprégner et de transmettre le principe cholérique. Si la commission, ajoute M. de Lallemand, n'avait pas formulé la dernière partie de sa conclusion, elle aurait laissé croire que les animaux ne peuvent jamais devenir agents de transmission.

M. Ségovia fait remarquer que ce qui est pratiqué dans plusieurs lazarets et il cite celui de Malte, où il a été lui-même témoin oculaire, prouve qu'on y considère les animaux vivants comme capables de transmettre le choléra.

M. Dickson signale une contradiction entre le texte et la conclusion. Dans le texte, dit-il, il est question d'animaux vivants tandis que dans la conclusion ils sont pour ainsi dire catalogués et compris parmi les marchandises ou les objets dits susceptibles.

M. Fauvel donne quelques explications concernant ce chapitre. Ces explications, pense-t-il, sont nécessaires à ceux qui n'ont pas assisté aux séances de la Commission et qui, par conséquent, ignorent dans quel sens la Commission a rédigé le chapitre sur lequel porte la discussion.

La Commission, dit M. Fauvel, a envisagé les animaux sous deux points de vue différents. D'abord elle les a étudiés pour savoir s'ils peuvent contracter le choléra, ensuite pour savoir s'ils peuvent le transmettre. La Commission a bien constaté, continue M. Fauvel, que les animaux ne peuvent pas contracter le choléra, mais en même temps elle a constaté qu'ils peuvent devenir, grâce à leur enveloppe, les réceptacles du principe cholérique et, par conséquent, capables de le transmettre.

Si une troupe de moutons, dit M. Fauvel, se trouve en contact avec des cholériques, il est évident que leur laine imprégnée de la maladie pourra la transmettre à l'homme. Pourrait-on, en pareil cas, se demande M. Fauvel, ne pas considérer ces moutons comme susceptibles, et serait-il prudent de ne prendre à leur égard aucune mesure sanitaire ?

M. Dickson se déclare satisfait.

M. Sawas opine qu'il ne faut pas trop s'arrêter sur l'absence des faits. Les faits ne manquent pas, à son avis, seulement on a négligé d'en tenir compte et de les enrégistrer pour la raison que jusqu'à ces derniers temps on ne croyait pas à la transmissibilité du choléra, on croyait même tout le contraire. Mais aujourd'hui, dit-il, que grâce aux travaux des médecins allemands, l'éveil a été donné, la science poursuit activement les recherches de cette nature et bientôt elle sera riche de faits.

M. Bykow réfute l'opinion de M. Sawas. En Russie, dit-il, dès l'épidémie de 1830 et 31, les médecins ont commencé à considérer le choléra comme transmissible par excellence. Le gouvernement avait, à cette époque même, adopté des mesures quarantenaires très sévères.

M. Sawas dit qu'il avait connaissance du fait allégué par M. Bykow et aussi d'autres faits pareils. Ces faits, néanmoins, n'infirment pas, à son avis, ce qu'il vient de dire, à propos de l'absence des faits. Jusqu'à ces derniers temps, dit-il, la grande majorité des médecins était anti-contagionistes, et alors, par conséquent, les mesures quarantenaires étaient facultatives pour les gouvernements. Aujourd'hui l'opinion de la minorité tend à devenir universelle, par conséquent, la science poursuit des recherches dans ce sens.

M. Maccas dit que cette question ayant été soulevée par lui au sein de la Commission dans le but d'attirer l'attention de la Conférence sur un point qui est, selon lui, intimement lié avec les mesures qu'elle est appelée à prendre pour la prophylaxie, il se croit, en devoir, aujourd'hui que la question se débat en pleine Conférence, de dire quelques mots pour mieux faire comprendre son intention.

Il importait, dit M. Maccas, de se prononcer sur ces deux points, savoir:

1° Si les animaux sont susceptibles de contracter pendant une épidémie le choléra, et s'ils peuvent le transmettre à la manière des hommes.

2° Si ces mêmes animaux transportés dans un lieu indemne peuvent quelquefois, importer et transmettre la maladie dans cette localité.

Il a été le premier, continue M. Maccas, à déclarer que la maladie que les animaux peuvent contracter à la suite d'expériences, ou celles qui peuvent les attaquer pendant une épidémie de choléra, sont loin d'être identiques au choléra de l'homme, et que, pour pouvoir catégoriquement résoudre cette question, à savoir, si les animaux sont susceptibles de contracter le choléra, la science a besoin d'observations plus détaillées et plus exactes, d'expériences nombreuses et probantes. Son opinion, dit M. Maccas avait été adoptée à l'unanimité par la Commission.

Mais le doute, poursuit M. Maccas, était bien plus grand encore par rapport à l'hypothèse que les animaux, même en supposant qu'ils aient un choléra à eux, puissent transmettre le vrai choléra à l'homme. Voilà, dit M. Maccas, pour la première partie de la question.

Quant à la deuxième partie qu'on avait eu pour un moment l'idée de renvoyer à la question des marchandises, mais, qu'on a préféré traiter à part, pour la raison que le transport d'un ou de plusieurs animaux n'est pas toujours une affaire de commerce, la Commission s'est cru dans le devoir de prouver que les animaux peuvent être porteurs du germe cholérique pendant un temps probablement court, comme cela est aujourd'hui admis pour quelques autres objets. Eh bien, ces preuves, avoue M. Maccas, n'existent pas pour la Commission, mais cela, ajoute-t-il, n'exclut pas la possibilité que des faits de cette nature aient pu parfois avoir lieu. La Commission, selon M. Maccas, ne pouvait que s'exprimer *dubitativement* par rapport au fait de l'imprégnation cholérique des animaux et admettre la possibilité qu'ils puissent dans certains cas devenir des objets dits susceptibles. Qu'on considère bien, dit M. Maccas, que tout récemment encore et peut-être aujourd'hui même quelques personnes considèrent comme non dangereux les hommes chez lesquels le choléra n'est pas bien confirmé. Qu'en outre les faits relatifs à l'importation du choléra seulement par des effets, sont très peu nombreux : alors seulement, fait observer M. Maccas, on pourra comprendre les raisons qui ont déterminé la Commission à ranger les animaux vivants parmi les agents dits susceptibles, malgré l'insuffisance ou l'absence de faits y relatifs. La réserve, à ce sujet, conclut M. Maccas, est nécessaire jusqu'au jour où l'expérience démontrera le contraire, voilà pourquoi il approuve complètement le décret de la Conférence Sanitaire Internationale de Paris de 1857, laquelle dans l'article 30 s'exprimait en ces termes :

« Dans tous les cas de patente brute les marchandises de la 3me classe, seront exemptées de toute mesure de quarantaine, et pourront toujours être délivrées immédiatement au commerce sous la surveillance de l'autorité sanitaire, sauf les animaux vivants qui resteront soumis aux quarantaines et aux purifications en usage dans les différents pays. »

M. Millingen opine que la conclusion du chapitre 14 n'est pas logique, car on ne peut pas dire, nous ne savons rien sur cette question, malgré cela nous tirons des conclusions. M. Millingen propose de rayer le mot *rationnel* et de mettre à sa place le mot *prudent*. Ensuite, pense-t-il, il serait nécessaire d'établir plusieurs catégories d'animaux, pour ne pas s'exposer à mettre dans la même classe un bœuf, un cheval et une troupe de moutons. Cela, à son avis, est d'une importance capitale pour la question.

M. Salem bey fait remarquer qu'on a considéré les hardes comme susceptibles parce qu'on les tient enfermées, tandis que les animaux vivants, vivent en plein air. Salem bey croit qu'il faudrait supprimer la 2me partie de la conclusion.

Sur la demande de plusieurs Délégués, S. Exc. le Président met aux voix le texte du chap. 10.

Il est adopté à la majorité de 19 voix contre 4.

Ont voté pour :

MM. Sotto, Cte de Noidans, Segovia, Monlau, Spadaro, Cte de Lallemand, Fauvel, Kalergi, Goodeve, Dickson, Maccas, Vernoni, Bosi, Sawas, Gomez, de Krause, Mühlig, Bon Hübsch, Stenersen (19).

Ont voté contre :

MM. Van Geuns, Lenz, Bykow, Salem bey (4).

Sur la proposition de plusieurs délégués qui demandent que la conclusion soit divisée en 2 parties, S.Exc. le Président met aux voix la première partie, jusqu'aux mots : *par des animaux vivants* (inclusivement).

Elle est adoptée à l'unanimité des voix :

Ont voté pour :

MM. Sotto, Polak, de Noidans, Segovia, Monlau, Spadaro, de Lallemand, Fauvel, Kalergi, Maccas, Bosi, Vernoni, Goodeve, Dickson, Malcom Khan, Sawas, Millingen, Van Geuns, Gomez, de Krause, Mühlig, Lenz, Bykow, Bon Hübsch, Stenersen, Salem bey, S.Exc. Salih Effendi.

S. Exc. le Président met aux voix la 2me partie de la conclusion qui commence par les mots : *mais il est rationnel*, etc.

Elle est adoptée à la majorité de 16 voix contre 8 et 3 abstentions.

Ont voté pour :

MM. Sotto, C^te^ de Noidans, Segovia, Monlau, Spadaro, C^te^ de Lallemand, Fauvel, Kalergi, Maccas, Bosi,Vernoni, Sawas, Gomez, de Krause, Mühlig, Bartoletti (16).

Ont voté contre :

MM. Goodeve, Dickson, Van Geuns, Millingen, Lenz, Bykow, Stenersen, Salem bey (8),

Se sont abstenus de voter :

MM. Polak, Mirza-Malcom-Khan, B^on^ Hübsch (3).

La Conférence fixe sa prochaine séance à mercredi prochain à 1 heure, jeudi étant l'anniversaire de S. M. le Shah de Perse, ce qui empêcherait plusieurs délégués d'assister à la séance ordinaire du jeudi si elle avait lieu.

La séance est levée à 5 1/2 heures.

Ordre du jour de la prochaine séance :

1° Suite de la discussion du rapport général.

2° Communications diverses.

Le Président de la Conférence Sanitaire,

SALIH.

Les Secrétaires,

D^r^ NARANZI.—B^on^ DE COLLONGUE.

N° 19.

SÉANCE DU 20 JUIN 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 20 juin, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa dix-neuvième séance, dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Etaient présents :

Pour l'Autriche :

M. VETSERA, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur SOTTO, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

M. le Docteur POLAK, ancien archiâtre de S. M. le Schah de Perse ;

Pour la Belgique :

M. le comte de NOIDANS, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria SEGOVIA, consul général, chargé d'affaires ;

M. le Docteur MONLAU, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour la France :

M. le Docteur FAUVEL, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur GOODEVE, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. DICKSON, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M. KALERGI, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. MACCAS, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes ;

Pour l'Italie :

M. A. VERNONI, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur FRÉDÉRIC BOSI ;

M. le Docteur G. SALVATORI, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. KEUN, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Professeur J. VAN GEUNS ;

M. le Docteur MILLINGEN, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

MIRZA-MALKOM-KHAN, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur SAWAS EFENDI, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard PINTO DE SOVERAL, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio Gomez, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. H. de Krause, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi de Prusse ;

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Lenz, conseiller de collège, attaché au ministère des l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna;

Pour la Suède et la Norwège :

M. Oluf Stenersen, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur-général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(*Pour l'Egypte*) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S. A. le vice-roi d'Egypte;

La séance est ouverte à une heure de l'après-midi.

M. le B^{n} de Collongue lit le procès-verbal de la 17^{me} séance.

M. le D^{r} Millingen demande la parole après l'adoption de ce procès-verbal pour lire les deux passages suivants de l'ouvrage de Rigler (vol. II, pages 441—443, qui confirment l'exactitude des détails qu'il a donnés à l'avant-dernière séance sur la double importation du choléra au Hedjaz en mai et novembre 1846: « Dans le mois de mai 1846, le choléra se manifesta à Aden, Moka, Djedda, et envahit presque tout le littoral de la Pénin-

sule Arabique; il pénêtra même dans l'intérieur du Yémen. Cependant il épargna les côtes de la Mer Rouge vis-à-vis et ne toucha même pas la Mecque qui se trouve si peu éloignée de Djedda. Vers la fin de juin la maladie avait entièrement cessé dans ces contrées.» Plus tard, vers la fin de novembre, le choléra se manifesta à Médine ainsi qu'à la Mecque. Dans cette dernière ville, on compta 15,000 victimes sur une population estimée alors, à cause du pèlerinage, à 100,000 âmes. Les pèlerins venus de la Syrie, de l'Egypte, de Tunis et du Maroc furent ceux qui souffrirent le plus; la caravane de Constantinople perdit, notamment plusieurs personnages de haute distinction.

M. le Dr Naranzi lit le procès-verbal de la 18me séance.

La Conférence adopte ce procès-verbal et fixe ensuite au mercredi 27 juin, à une heure, le jour de la prochaine séance sur l'observation faite par S. Exc. Salih Efendi qu'il est impossible de se réunir le lundi 25, jour où l'on fête l'anniversaire de l'avènement au trône de S. M. I. le Sultan.

La discussion étant reprise sur le rapport de la commission générale, M. le Dr Fauvel lit la question et la conclusion du chapitre XV.

M. Stenersen exprime tout d'abord le regret qu'en traitant la grande question de la transmission du choléra par les provenances cholériques en général, la Commission se soit bornée à parler de la transmission par les animaux vivants, par les effets à usage et par les marchandises, sans donner en même temps aucun éclaircissement sur les graves questions de la transmission par les comestibles et par les navires. Les commissions qui sont chargées de l'étude des mesures de préservation ont cependant besoin d'être bien fixées à cet égard, et si la science médicale n'est pas en état de se prononcer d'une manière claire et précise, le rapport aurait dû tout au moins le constater. En ce qui touche spécialement le chapitre en discussion, M. Stenersen trouve défectueuse la manière dont la conclusion a é té déduite des faits sur lesquels elle s'appuie. La Commission cite huit faits Or il ne s'agit évidemment dans les sept premiers que de cas où la maladie a été communiquée par des effets ayant été en contact direct avec des cholériques ou avec leurs déjections. Pour ce qui est du huitième, il pourrait tout aussi bien être considéré comme un exemple d'une incubation prolongée que comme une preuve de la transmissibilité par des effets contaminés. En supposant cependant qu'on l'interprétât ainsi, ne faudrait-il pas alors raisonnablement admettre que les effets contenus dans les mal-

les des émigrants avaient été en contact direct avec des cholériques ; autrement, et si ce contact n'avait pas existé, comment expliquerait-on que les habits portés par les émigrants, habits qui avaient séjourné dans le même foyer cholérique que les effets contenus dans les malles, ne se soient pas en même temps qu'eux imprégnés du germe morbifique, et, dès lors, qu'ils n'aient pas avant eux donné la maladie. Si ce fait de même que les sept autres, ne prouve que la possibilité de la transmission par des effets ayant été en contact avec des cholériques, comment se fait-il que la Commission puisse conclure à la possibilité de cette transmission en général ?

M. Stenersen signale d'ailleurs une certaine obscurité et même une contradiction dans l'alinéa commençant ainsi : « *Mais en regard de la possibilité bien démontrée etc.* » La Commission commence par établir la théorie de la transmissibilité par les effets en général, puis immédiatement elle lui trouve une restriction s'appliquant à la généralité des cas, restriction qui donne lieu dans l'alinéa suivant à un examen des conditions « *heureusement rares* » qui sont nécessaires pour que des effets à usage soient susceptibles d'importer et de transmettre le choléra. Le résultat de cet examen est indiqué plus loin : « *il résulte de tout ceci que les effets à usage doivent la propriété de transmettre le choléra à ce qu'ils peuvent être imprégnés de matières provenant de cholériques* » la Commission est là dans le vrai, elle n'avance rien qu'elle n'ait prouvé ; cependant quelques lignes plus loin on la voit encore et cette fois dans la conclusion, déclarer de nouveau comme prouvée la théorie de la transmission par des effets en général.

M. Stenersen déclare qu'il ne combat pas cette théorie en elle-même, mais uniquement l'argumentation de la Commission, argumentation qui lui paraît illogique. Si la commission croit à la transmissibilité par les effets en général, qu'elle la prouve par des faits ; si elle n'a pas de faits concluants à produire, qu'elle l'écarte alors ou du moins qu'elle la place parmi les questions obscures que la science n'est pas encore à même de résoudre. M. Stenersen propose finalement : 1° qu'on raye de l'alinéa commençant ainsi : « *mais en regard etc.* » les mots « *et surtout par ceux* » et de même de la conclusion les mots « *spécialement par ceux* ; » 2° qu'on ajoute à cette conclusion la phrase suivante : pour les effets provenant d'un lieu infecté sans avoir été en contact avec des malades, la commission croit prudent de les considérer comme dangereux.

M. le Dr Monlau cite deux faits qui viennent à l'appui de la conclusion de la Commission; 1° à Galazzita, près de Salonique, le choléra est importé par deux individus qui avaient ramassé, en venant de Salonique,un manteau abandonné ayant appartenu à un cholérique décédé au Lazaret. 2° A Avila (Espagne), on a attribué l'importation du choléra à un soldat qui avait acheté des vêtements en passant par Madrid où régnait le choléra. La maladie éclata dans une maison où le soldat fit sécher, en arrivant à Avila, lesdits vêtements que la pluie avait mouillés pendant le trajet.

M. le Dr Monlau ajoute qu'il est d'observation que la transmission du choléra par des effets à usage s'arrête promptement et que rarement on la voit donner lieu à une véritable épidémie. Cette observation lui paraît donner une certaine valeur à la distinction qu'on avait anciennement établie entre le contage *vivum*, c'est-à-dire provenant directement du malade, et le contage *mortuum* ou provenant des effets à usage du malade. M. le Dr Monlau termine en se demandant s'il n'y aurait pas quelques modifications à apporter dans les termes du passage où il est question des résultats de la dispersion sur un grand nombre de points des voyageurs partant d'un foyer cholérique avec leurs bagages. Si l'on doit reconnaître que dans l'immense majorité des cas, ces bagages n'ont pas transmis la maladie, ne peut-on pas le dire aussi des voyageurs à qui ils appartenaient; ne pourrait-on pas dès lors en quelque sorte trouver dans le passage dont il s'agit, tel qu'il est rédigé, un argument contre la transmissibilité par l'homme.

M. le Dr Sawas, répondant à M. Stenersen, fait observer que si la transmission par les effets ne peut se prouver par des faits que lorsqu'il y a eu contact direct, il n'en est pas moins évident qu'on doit logiquement admettre que des effets, par cela seul qu'ils proviennent d'un milieu cholérique, peuvent transmettre la maladie. Pourquoi des vêtements ayant séjourné par exemple dans la chambre d'un cholérique, ne s'imprègneraient ils pas, rien que par le fait de ce séjour et sans qu'il soit besoin de contact avec le malade lui-même, de ce germe cholérique dont on ne sait pas la nature? M. le Dr Sawas qui faisait partie de la sous-commission chargée de l'étude de cette partie du programme, explique que ce ne sont pas les opinions de la Commission, mais ses idées personnelles qu'il exprime.

M. le Dr Mühlig fait remarquer que lorsque des effets à usage ont transmis le choléra, il est dans la plupart des cas impossible de savoir s'ils

avaient ou non servi à des cholériques. C'est pour cette raison que la Commission a cru devoir conclure en général.

M. le Dr Maccas se demande si M. le Dr Sawas n'a pas été un peu loin en soupçonnant les effets qui ont seulement séjourné dans un milieu cholérique; le germe de la maladie serait-il donc dans l'air? pour cette catégorie d'effets, il vaut mieux rester dans le doute. Cependant la distinction entre les effets à usage selon qu'ils ont été ou non en contact avec des cholériques n'est possible que dans la théorie, et la commission ne pouvait conclure autrement qu'elle l'a fait; ne se borne-t-elle pas à admettre la possibilité dans le premier cas, *peut être importé,* pour ne se prononcer plus affirmativement que dans le second « *et spécialement.* »

M. le Dr Sawas croit qu'on ne pourrait sans danger atténuer la portée de la conclusion, peut-on garantir que des effets provenant d'un foyer cholérique ne puissent donner la maladie par cela seul qu'ils n'ont pas été en contact direct avec des cholériques?

M. Stenersen reconnaît la justesse de ces observations et répète qu'il ne demande pas que la conclusion soit modifiée, ce qui pourrait être en effet dangereux; il faudrait seulement justifier cette conclusion par une argumentation logique, c'est la manière d'argumenter de la Commission qu'il attaque et non la conclusion elle-même.

M. le Dr Lenz s'associe aux observations présentées par M. Stenersen. Les faits cités dans le rapport ne prouvent en aucune façon que le choléra soit transmissible par d'autres effets que ceux qui ont servi à des cholériques. Comme il ne s'agit nullement ici de mesures à prendre contre ces effets, mais uniquement d'une théorie scientifique à établir, c'est pour l'exactitude de cette théorie qu'il conviendrait de modifier la conclusion du chapitre en discussion, c'est-à-dire de n'énoncer que ce qui est prouvé dans le corps même du chapitre. Il faudrait supprimer dans la conclusion les mots « *et spécialement par ceux.* »

M. le Dr Sawas objecte que tout s'enchaîne dans le rapport: la conclusion du chapitre XXX, à savoir: « *l'air ambiant est le véhicule principal de l'agent générateur du choléra* » auquel on arrivera plus tard, ne vient-elle dans une certaine mesure à l'appui de celle du chapitre XV et de ce qu'il a dit lui-même de la possibilité de la contamination par des effets qui n'ont fait que séjourner dans un milieu cholérique: on peut modifier l'argumentation du chapitre XV, mais il ne faut pas toucher à sa conclusion.

M. le Prof. Van Geuns croit que M. Stenersen ne tient pas suffisamment compte de la différence qui existe entre les conséquences tirées *des faits* et les *conclusions logiques* déduites des principes généraux. Il est très-difficile de trouver des faits concluants qui n'admettent aucune objection et cependant la masse des faits connus amenait la Commission à la conclusion que le choléra à été transmis dans beaucoup de cas par des effets ayant servi à des cholériques ; à côté de cette quasi-certitude, il y avait à se préoccuper de ce qui est logiquement possible, et c'est pour cette raison que la commission à dû admettre qu'il se pourrait même que les effets provenant d'un foyer cholérique en général pussent être des agents de transmission.

M. le Dr Fauvel, comme rapporteur, demande la parole pour faire remarquer qu'il est toujours difficile dans tous les cas et même lorsqu'il ne s'agit que de questions sur lesquelles tout le monde est d'accord, de trouver des faits qu'il n'y ait pas diverses manières d'interpréter. Pour ce qui est de la question de la transmission par des effets à usage, il n'y a, il est vrai, de faits probants que ceux qui s'appliquent à des effets ayant servi à des cholériques ; mais à côté des faits probants, il y a les faits probables, tel est celui de l'importation du choléra dans la famille de Lurtheim près de Munich, tel est aussi celui des émigrants. Dans ces deux cas, il est impossible de prouver que les effets qui ont transmis la maladie avaient servi à des cholériques, ce n'est que probable. Que dit maintenant la Commission et peut on l'accuser d'aller au delà des faits ; elle ne prétend pas que tout effet à usage provenant d'un lieu contaminé transmette la maladie, elle se contente de dire : le choléra peut être transmis par ces effets, et si elle ajoute « *et spécialement par ceux qui ont servi,* » c'est précisement parce que pour ce dernier cas, il y a des faits probants. Si, d'autre part, on ne peut prouver que le choléra puisse être transmis par des effets lorsqu'ils n'ont pas été en contact direct avec les cholériques, peut-on prouver davantage que les seuls effets qui ont servi à des cholériques puissent transmettre la maladie? Répondant à l'observation faite par M. le Dr Monlau, M. le Dr Fauvel explique que ce que le rapport dit des effets à usage qui, dans la plupart des cas et bien que provenant d'un foyer cholérique, n'importent cependant pas la maladie, s'applique aussi aux hommes ; il est évident que l'homme est un des principaux agents de transmission de la maladie et cependant ce n'est qu'exceptionnellement qu'il la transmet. S'il en était autrement, ne verrait-on-pas les masses d'émigrants que le choléra met en fuite répandre

partout l'épidémie? Ce qui est vrai pour les hommes, l'est aussi pour les effets; si les uns et les autres, lorsqu'ils proviennent d'un foyer cholérique, ne donnent pas forcément la maladie, ils n'en sont pas moins toujours dangereux. Certaines conditions sont d'ailleurs nécessaires pour que ce danger existe lorsqu'il s'agit des effets,ces conditions la Commission les indique: c'est pour le transport à petite distance, que ces effets aient été récemment en rapport direct ou indirect avec des cholériques et surtout qu'ils aient été souillés par leurs déjections; pour le transport à grande distance, qu'ils aient été enfermés, confinés.

M. le Dr Fauvel exprime finalement l'opinion que la conclusion du rapport est logiquement déduite des faits, que la Commission, sans faire de théorie, a tiré des faits tout ce qu'on pouvait en tirer en concluant de la probabilité à la généralité.

M. le Président met aux voix 1° le texte du chapitre XV, 2° la conclusion.

Le texte est adopté à la majorité de 19 voix contre 1 et 5 abstentions. Pour MM. le Dr Polak, Dr Sotto, Cte de Noidans, Dr Fauvel, Dr Goodeve, Dr Dickson, Kalergi, Dr Maccas, Vernoni, Prof. Bosi, Prof. Van Geuns, D Gomez, de Krause, Dr Mühlig, Dr Lenz, Dr Bykow, Dr Bcn Hübsch, S. Exc. Salih Effendi, Dr Bartoletti, — contre M. Stenersen ; abstentions, MM. Segovia, Dr Monlau, Keun, Mirza-Malkom-Khan, Dr Sawas. La conclusion est aussi adoptée par 21 voix contre 2, deux abstentions: pour MM. le Dr Polak, Dr Sotto, Cte de Noidans, Segovia, Dr Monlau, Dr Fauvel, Dr Goodeve, Kalergi, Dr Maccas, Vernoni, Prof. Bosi, Prof. Van Geuns, Mirza-Malkom-Khan, Dr Sawas, Dr Gomez, de Krause, Dr Mühlig, Dr Bykow, Dr Bon Hübsch, S. Exc. Salih Effendi, Dr Bartoletti — contre MM. le Dr Dickson, Stenersen; abstentions, MM. Keun et Dr Lenz.

M. le Dr Fauvel lit après ce vote la question et la double conclusion du chapitre XVI.

M. Stenersen s'étonne que le rapport passe aussi rapidement sur une question d'une aussi haute importance que celle de la transmission du choléra par les marchandises. Pas une preuve, pas un argument à l'appui de la conclusion que précèdent seulement quelques lignes d'introduction où la Commission se borne à constater l'absence complète de faits pour démontrer la possibilité de cette transmission; une telle manière de procéder paraît à M. Stenersen d'autant plus regrettable qu'il s'agit là d'une question dont l'opinion publique se préoccupe depuis longtemps dans

tous les pays et que plus que toute autre la Conférence doit dès lors avoir à cœur d'éclaircir et d'approfondir. Il se peut que les faits connus par la science ne soient concluants ni dans un sens ni dans l'autre, le rapport n'en aurait-il pas moins dû rapporter tout ou partie de ces faits pour que la Conférence pût les examiner par elle-même et se convaincre ainsi de l'impossibilité, en l'état actuel des connaissances, d'émettre l'opinion qu'on est en droit d'attendre d'elle. On est généralement unanime à reconnaître que certaines marchandises ne sont pas susceptibles de transmettre le choléra, que parmi celles qui doivent être considérées comme dangereuses, toutes ne le sont pas au même degré. La Commission si elle ne pouvait faire davantage, n'aurait-elle pas tout au moins dû étudier la question à ce point de vue, indiquer ce qu'il y a de fondé dans la distinction que l'on établit généralement sous ce rapport entre les diverses marchandises ; n'aurait-elle pas dû dire par exemple ce qu'on doit penser des comestibles en général ou du moins de ceux qui font l'objet d'un commerce d'exportation de quelque importance, en tant qu'agents de transmission du choléra ?

M. le Dr Polak explique qu'il a voté contre la première partie de la conclusion parce qu'aucun fait ne lui paraît démontrer la transmissibilité du choléra par des marchandises. M. Polak ne croit même pas à la possibilité de cette transmission, par cette raison que les cholériques étant dans l'incapacité de travailler, ce n'est que tout-à-fait exceptionnellement et pendant un temps trop court pour qu'il puisse en rester des traces, que des marchandises peuvent se trouver en contact immédiat avec des cholériques. Si la commission, en concluant comme elle l'a fait, avait en vue les chiffons, elle aurait dû alors classer d'abord les marchandises avant de conclure.

M. le Dr Lenz ne croit pas non plus à la possibilité de la transmission par les marchandises. Dans son opinion, le principe cholérique n'existe que dans les déjections cholériques et il ne peut dès lors pénétrer dans les marchandises qui en sont préservées par leur mode d'emballage. L'absence de faits à produire à l'appui de cette transmission ne fait que confirmer M. Lenz dans sa manière de voir.

M. le Dr Bykow, après avoir déclaré qu'il votera comme M. le Dr Lenz, et pour les mêmes motifs, ajoute qu'une commission spéciale avait été nommée à Saint-Pétersbourg en 1830 pour étudier cette question. L'enquête à laquelle il fut procédé ne donna que des résultats négatifs.

M. le Prof. Bosi objecte que s'il n'y a pas de faits qui prouvent que le choléra soit transmissible par les marchandises, il n'y en a pas non plus qui prouvent le contraire. Le bon sens indique jusqu'à preuve du contraire que certaines marchandises doivent être considérées comme dangeureuses.

M. Segovia, tout en déclarant qu'il votera le chapitre, croit qu'il aurait été bon de traiter la question plus en détail et qu'en tout cas on ne devrait jamais parler de marchandises sans les distinguer d'après leur nature, d'après la manière dont elles sont emballées et transportées, enfin d'après toutes les circonstances qui les rendent si différentes les unes des autres. Tous les objets quelle qu'en soit la nature peuvent devenir un article de commerce ou de trafic, en un mot une marchandise, et il serait dès lors téméraire de poser comme une régle générale et absolue que les marchandises en tant que marchandises puissent ou ne puissent pas propager le choléra.

M. le Dr Pélikan explique les raisons pour lesquelles il a cru devoir voter contre la 1re partie de la conclusion du chapitre en discussion et s'abstenir pour la seconde. Il lui paraîtrait désirable qu'une question aussi grave fût examinée avec plus de détails et de précision, non seulement quant au mode de la contamination, mais aussi par rapport aux réglements sanitaires actuellement en vigueur dans les divers pays. Le projet de convention préparé par la Conférence sanitaire de Paris de 1859 divisait les marchandises en trois catégories d'après leur susceptibilité, il eut été bon d'étudier aussi la question à ce point de vue.

M. le Prof. Van Geuns a également voté contre la première partie de la conclusion. Puisqu'il n'y a pas de faits qui prouvent la transmission par les marchandises, la Commission ne pouvait se prononcer pour la possibilité de cette transmission sans se mettre en contradiction avec l'expérience. M. le Prof. Van Geuns croit que si on suivait une pareille voie, on arriverait à des applications qui rendraient tout commerce impossible.

M. le Dr Monlau croit qu'on doit voter la conclusion qui lui paraît aussi restreinte que possible. La présente discussion, c'est à-dire l'étude de la classification à établir entre les diverses marchandises suivant leur nature, leur état, leur mode d'emballage, sera plus à sa place lorsqu'on en sera aux mesures de préservation.

M. le Dr Mühlig fait remarquer que le rapport n'affirme rien. Pouvait-on ne pas admettre la possibilité de la transmission du choléra par des mar-

chandises provenant d'un foyer cholérique alors que cette possibilité a été admise pour les effets à usage; ce qui est vrai pour les uns, ne doit-il et ne peut-il l'être pour les autres?

M. le Dr Millingen parle dans le même sens.

M. le Dr Fauvel répondant aux diverses critiques auxquelles le chapitre en discussion a successivement donné lieu, fait remarquer tout d'abord que l'absence de faits à produire est la meilleure des raisons qu'on puisse donner de son peu de longueur. Que pouvait-on ajouter utilement, puisqu'il n'y avait rien de plus à dire? de ce que la Commission conclut à la transmissibilité du choléra malgré cette absence de preuve, en résulte-t-il qu'elle se soit mise en contradiction avec elle-même; tout le monde n'est-il pas unanime à reconnaître que certaines marchandises peuvent propager la maladie? Pour ne citer qu'un exemple, les chiffons ne sont-ils pas considérés comme de redoutables agents de transmission et n'a-t-on pas vu les autorités sanitaires de Marseille prescrire des mesures spéciales de précaution en présence des énormes arrivages de chiffons exportés de Constantinople à la suite de la dernière épidémie. On a regretté aussi de ne pas trouver dans le chapitre XVI une classification des diverses espèces de marchandises selon qu'elles sont plus ou moins dangereuses, mais comme on l'a dit, le moment viendra plus tard de se livrer à cette étude.

Un grand nombre de membres insistant pour qu'il soit passé au vote, M. le Dr Maccas qui avait demandé la parole, déclare y renoncer du moment que la Conférence se croit suffisamment édifiée.

Le texte et la conclusion de la première partie du chapitre XVI sont alors mis aux voix et adoptés à la majorité de 16 voix contre 5 et 3 abstentions; pour MM. le Dr Sotto, Segovia, Dr Monlau, Dr Fauvel, Dr Dickson, Kalergi, Dr Maccas, Prof. Bosi, Dr Salvatori, Keun, Dr Sawas, Dr Gomez, de Krause, Dr Mühlig, S. Exc. Salih Effendi, et Dr Bartoletti; — contre MM. le Dr Polak, Dr Goodeve, Dr Lenz, Dr Bykow et Stenersen;—abstentions MM. le Prof. Van Geuns, Mirza-Malkom-Khan, Dr Bon Hübsch.

Le texte et la conclusion de la deuxième partie sont également adoptés par 14 voix. M. Stenersen qui aurait voulu que la discussion fut continuée sur cette partie du chapitre, proteste contre ce vote. Quelques autres membres s'abstiennent d'y prendre part pour la même raison. Pour MM. le Dr Sotto, Segovia, Dr Monlau, Dr Fauvel, Dr Dickson, Kalergi, Dr Maccas, Prof. Bosi, Dr Salvatori, de Krause, Dr Mühlig, Dr Bon Hübsch, S. Exc. Sa-

lih Effendi, Dr Bartoletti—abstentions MM. le Dr Polak, Dr Goodeve, Keun, Prof. Van Geuns, Mirza-Malkom-Khan, Dr Sawas, Dr Gomez, Dr Lenz, Dr Bykow.

La séance est levée à 5 heures.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Bon DE COLLONGUE.—Dr NARANZI.

N° 20.

SÉANCE DU 27 JUIN 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 27 juin, à une heure de l'après-midi, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa vingtième séance, dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Etaient présents :

Pour l'Autriche :

M. VETSERA, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur SOTTO, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

M. le Docteur Polak, ancien archiâtre de S. M. le Schah de Perse ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires ;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne.

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M Kalergi, secrétaire de la Légation de S M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes ;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

M. le Docteur Sawas Efendi, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

M le conseiller Docteur Bernardino Antonio Gomez, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. le B^n Testa, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Sauté.

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Lenz, conseiller de collège, attaché au ministère des l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M Oluf Stenersen, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur-général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(*Pour l'Egypte*) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S. A. le vice-roi d'Egypte ;

M. le B^on de Collongue, l'un des Secrétaires, donne lecture du procès-verbal de la séance du 20 juin, (N° 19) dont la rédaction est approuvée, après quelques rectifications faites par M. le Secrétaire, séance tenante.

M. Mühlig demande qu'on rectifie un passage du 10^me pr. verb imprimé, où par erreur on lui fait dire, que la question de la désinfection devrait être placée en tête de la 3^me section (v. pr. v. N° 10—page 22). M. Mühlig dit qu'il avait proposé de la placer à la première section du 3^me groupe.

S. Exc. le Président donne communication d'une lettre de M. de Krause par laquelle il le prévient qu'ayant été appelé à d'autres fonctions, il sera remplacé, comme Délégué à la Conférence Sanitaire internationale, par M. le B^on Testa, délégué du gouvernement Prussien auprès du Conseil Supérieur de Santé.

M. de Krause prie S. Excellence de vouloir exprimer, en son nom, à l'ho-

norable Conférence, les regrets qu'il éprouve de voir cesser ses rapports officiels avec elle; il l'instruit en même temps que la Sublime Porte a été informée de son remplacement auprès de la Conférence par M. le B^{on} Testa.

S. Exc. le Président prévient aussi l'honorable assemblée que l'un des délégués des Pays-Bas, M. le Prof. Van Geuns, va quitter son siége à la Conférence, en vertu d'un congé de son gouvernement.

S. Excellence donne la parole à M. Fauvel pour poursuivre la lecture du rapport général sur lequel porte la discussion et qui s'est arrêtée, à la dernière séance, au chap. 17.

M. Millingen, à propos de ce chapitre, appelle l'attention de l'honorable conférence sur un fait rapporté par Michel Levy, qui le signale comme un fait très-significatif et très-singulier. Il s'agit, dit M. Millingen, de ce garçon d'amphithéâtre mort en 6 heures de choléra, après l'ouverture du cadavre d'un personnage qui avait succombé au choléra en Crimée et qu'on avait transporté à Constantinople. Le fait s'était passé à Thérapia à l'hôpital de la marine française où le choléra ne régnait pas. (Voir le *Traité d'Hygiène*, de Michel Levy ; — vol. 2, page 437.) Ainsi selon M. Millingen, ce fait rapporté par un médecin de l'autorité de M. Levy, qui en a été témoin oculaire, servirait à prouver que l'autopsie d'un cholérique, faite plusieurs jours après le décès, peut communiquer la maladie à un homme bien portant et dans un endroit où la maladie ne règne point.

M. Hübsch conteste à M. Millingen l'importance du fait qu'il allègue. Selon lui, ce fait n'est pas probant, car pendant la guerre de Crimée, il a maintes fois assisté aux autopsies qui se pratiquaient à l'hôpital de Gulhané où, entr'autres, l'on fit l'autopsie de plusieurs infirmiers chargés du service et des cadavres qui étaient morts de choléra. Personne, dit M Hubsch, n'a conclu de là que le choléra leur avait été transmis par les cadavres, étant plus naturel de croire qu'ils l'avaient contracté aux mêmes sources que les autres cholériques.

M. Fauvel, après avoir démontré que le fait rapporté par M.Levy,auteur digne de toute considération, ne peut pas recevoir l'interprétation que M.Millingen veut lui en donner, dit que lorsque le fait se passait à Thérapia, M. Levy se trouvait à Varna. Il développe aussi par de nouveaux arguments l'opinion de M. de Hübsch et fait voir à M. Millingen, que le fait par lui cité, serait susceptible de plusieurs interprétations dont les plus logiques seraient contraires à l'idée qu'il entend accréditer.

S Exc. le Président, après ces explications, met aux voix et le texte et la conclusion du chapitre 17.

Le texte et la conclusion sont adoptés à la majorité de 23 voix, le premier, zéro contre, et une abstention, celle de M. Sawas, et de 22 voix la conclusion, contre zéro, et une abstenti on, celle de M. Sawas.

Ont voté pour le texte :

MM. Polak, Sotto, Segovia, Monlau, Spadaro, de Lallemand, Fauvel, Goodeve, Dickson, Kalergi, Maccas, Bosi, Vernoni, Millingen, Gomez, Testa, Mühlig, Bykow, Lenz, Stenersen, Hübsch, Salem bey, Bartoletti. (23.)

Ont voté pour la conclusion:

Tous les précédents, excepté M. Millingen, qui était absent au moment du vote.

M. Fauvel donne lecture du titre du chapitre 18 et de la conclusion. Tant le texte que la conclusion sont adoptés à l'u nanimité des voix. Ont voté pour — tous les précédents, MM. Sawas et Millingen y compris. (24)

Ensuite la discussion porte sur le chapitre 19. Plusieurs orateurs demandent la parole :

M. Polak dit qu'il s'est abstenu en Commission de voter ce chapitre, parce que la conclusion ne lui avait pas paru démontrée par l'expérience aussi apodictiquement qu'on l'a présentée. En outre, ajoute t-il, dans le rapport, il est dit qu'en 1831 le choléra a été *probablement importé par mer*, tandis qu'en cet endroit on tire une conclusion très-catégorique. Quoi qu'il en soit, on devrait, pense-t-il, parler aussi de la grandeur du désert, car cette année-ci, on a vu que le trajet de la Mecque à Yambo, qui est de 10 jours, n'a pas préservé.

Il est certain, poursuit M. Polak, que le changement de campement, pendant un temps assez long, préserve, même dans des contrées très fertiles, comme on le voit par le mouvement des troupes dans les Indes, mais il n'est pas démontré que cela soit l'effet du désert. M. Polak déclare en finissant qu'il s'est tout simplement abstenu de voter mais qu'il n'a pas voté contre, ne possèdant guère de preuves assez décisives.

M. Monlau expose les motifs qui l'ont déterminé à s'abstenir de voter ce chapitre. La question, dit M. Monlau, est mal formulée. Demander quelle est l'influence des déserts, c'est à son avis, comme si l'on demandait pour les communications maritimes, quelle est l'influence de la mer.

Le désert, croit-il, n'est pas un *moyen de communication*, mais une *voie* de

communication, tout dépend donc de la manière dont cette voie est parcourue. Faites, dit-il, que les caravanes traversent le désert en chemin de fer et vous verrez qu'elles propageront le choléra : cependant le désert reste le même. Ainsi donc, dit M. Monlau, il est évident que le désert n'est pas l'élément qui exerce l'influence capitale.

Cette influence d'ailleurs, poursuit M. Monlau, n'a rien à voir avec la propagation. Le *désert* n'a aucune influence sur la propagation, d'abord, parce qu'en tant que désert, il n'a point de populations auxquelles la maladie puisse se propager, et que, quand le désert finit et que les populations commencent, alors il n'y a rien à propager, puisque, d'après le rapport même, la maladie a disparu.

Enfin, pour M. Monlau, la question est purement une question de transmission, il s'agit tout simplement de savoir comment se transmet le choléra qui règne parmi les pèlerins d'une caravane, et, quelle est l'influence de la manière de voyager par caravane. Cette influence, pense-t-il, est évidemment favorable : les caravanes se déplacent incessamment en laissant derrière elles les déjections, les cadavres et peut-être même les malades de la veille, il n'est donc pas étonnant qu'elles se débarrassent du choléra en quelques semaines. On pourrait en dire autant pour les corps d'armées en mouvement et pour toute agglomération se déplaçant continuellement. C'est une application toute simple de la loi de transmissibilité. D'ailleurs, selon lui, un laps de quelques semaines ne serait pas une durée minime, vu que, dans beaucoup de localités les invasions cholériques ne dépassent guère cette durée.

M. Monlau conclut qu'il n'y a aucune raison pour employer même comme expression figurée le mot *barrière*. Le désert n'est pas une véritable barrière anti-cholérique pour les pèlerins, puisque dans le désert même le choléra sévit parmi eux ; le désert n'a rien à faire non plus comme barrière avec les localités où arrivent les pèlerins, parce que l'on tient pour chose avérée, que ceux-ci y arrivent toujours sains et saufs et tout-à-fait purgés du choléra.

M Gomez est d'avis que la conséquence que l'on tire dans ce chapitre ne s'harmonise pas avec d'autres parties de ce même rapport. La contradiction, selon lui, est manifeste, et résulte de l'interprétation différente qu'on donne des mêmes faits et de la manière dont on s'en sert. M. Gomez relève ce fait, à savoir, que si le choléra était au mois de mai de 1846 à Djeddah, ce n'est pas par les pèlerins qu'il y a été importé. Il n'est donc

pas très exact de dire, comme il a été fait (dans un autre endroit) du rapport, que le choléra s'est toujours manifesté au Hedjaz à l'occasion du pèlerinage. Verollot, fait remarquer M. Gomez, admet comme fréquentes, mais indépendantes du pèlerinage, ces apparitions du choléra dans les ports d'Arabie, et vers la Mer-Rouge, et, il va jusqu'à supposer pour ces ports, d'ailleurs très-mal sains, une certaine *endémicité* cholérique.

M. Pelikan déclare qu'il s'est abstenu de voter, pour la raison qu'il y a des savants qui affirment que le transport du choléra à travers les déserts est non seulement possible mais que cela a eu lieu quelquefois. En outre, dit M. Pelikan, la conclusion de ce chapitre, considérée au point de vue théorique, ne pourrait pas soutenir une critique rigoureuse.

Quant aux exemples cités dans le rapport, pour prouver que le choléra n'a jamais été importé en Egypte et en Syrie à travers les déserts, M. Pélikan les considère comme plus concluants, parce que la communication par la voie de mer (comme en 1831 en Egypte) ou par les fleuves (comme en 1823 et 1847 en Syrie) étant naturellement beaucoup plus rapide que celles par voie de terre, il est évident que dans les cas sus-mentionnés où le choléra a déjà été importé par la navigation, les importations ultérieures avaient pu rester inaperçues par le peu d'influence qu'elles exercent en général sur la marche d'une épidémie déjà existante.

M. Bartoletti a la parole. Tout d'abord il prévient qu'il ne prétend pas expliquer comment les faits se passent, mais qu'il se bornera à donner quelques renseignements capables d'éclairer la question, en démontrant que le choléra s'est toujours arrêté dans la Mésopotamie dans toutes les épidémies au nombre de 10, depuis 1851 à 1860, signalées par lui dans une précédente séance, à propos de la Perse. Jamais, dit M. Bartoletti, dans ces épidémies, les caravanes qui partent de Bagdad pour Alep et pour Damas n'ont apporté le choléra en Syrie.

Dans le tableau suivant qui commence en 1847 et va jusqu'à l'année dernière, M. Bartoletti fait voir de quelle manière ont procédé de La Mecque à Damas les 7 épidémies signalées des années 1847—48—50—55—58—59 et 1865

1° En 1847 le choléra était à La Mecque et il diminuait à mesure que la caravane, s'éloignant des côtes de la Mer Rouge, s'enfonçait dans le désert. A l'arrivée des pèlerins à Damas il avait complètement cessé.

2° En 1848 nouvelle épidémie à La Mecque.

3° En 1850 la caravane est attaquée du choléra pendant le voyage, mais le médecin sanitaire signalait dans son rapport, en date du 18 décembre, qu'il n'existait plus. Cette année-là le froid a été excessif au point que beaucoup de pèlerins et de montures avaient succombé.

4° En 1855 la caravane qui était arrivée le 28 octobre, avait eu le choléra. En entrant il y avait parmi les pèlerins quelques cas de diarrhée, mais sans suite fâcheuse. En ce temps-là le choléra existait, depuis le 14 octobre à Beyrouth, ainsi qu'à St-Jean d'Acre et à Tibériade. Damas jouissait d'une santé parfaite.

5° En 1858, le choléra était à La Mecque et il y a vait des nouvelles alarmantes sur le compte de la caravane. Mais elle arriva le 24 décembre à Damas sans trace de choléra et depuis 30 jours la santé des pèlerins était satisfaisante.

6° En 1859, les nouvelles les plus fâcheuses circulaient sur l'état sanitaire de la caravane qui depuis le 1er août subissait une grande mortalité par suite du choléra. Le 18 septembre la caravane composée de 1600 pèlerins arrivait à Damas en parfaite santé.

7° En 1865, la caravane arrivait à Késuze le 2 juillet, après la visite règlementaire du médecin sanitaire, qui constatait qu'il n'y avait parmi les pèlerins que les maladies ordinaires de la saison, diarrhée, dyssenterie. Le 3 juillet, la caravane faisait son entrée à Damas. Depuis Médine, le choléra avait cessé de sévir parmi les pèlerins.

Le médecin sanitaire de Damas, dit M. Bartoletti, écrivait dans ses rapports que le choléra qui en cette année avait sévi dans cette ville, n'avait pas été importé par les pèlerins, voie du désert, mais bien par les émigrants de Beyrouth qui s'y étaient réfugiés avant l'arrivée de la caravane. Mais les pèlerins venus par l'Egypte et par Beyrouth avaient infecté la ville de Damas, et le premier cas avait eu lieu, dans le quartier d'Egueba où ils ont l'habitude de s'arrêter, de là la maladie se propagea dans toute la ville.

M. Bartoletti finit par se demander si tant d'exemples ne prouvent jusqu'à l'évidence que le désert est la barrière la plus puissante qui existe contre le choléra. Vouloir expliquer le fait, serait, pense-t-il, tout-à-fait oiseux Son importance doit suffire, et elle est universellement admise. Il croit donc que la conclusion du chapitre 19 est assise sur des faits incontestables.

M. Bosi confirme en tout point les renseignements fournis par M. Bar-

toletti. Il est, dit-il, à même de produire, à ce sujet, des faits dont il a été témoin oculaire dans les années 1850—51—52 et 53. D'après son expérience, acquise sur les lieux même, il peut affirmer que la caravane venant du Hedjaz à Damas n'a jamais importé la maladie en cette ville.

M. Bartoletti croit nécessaire d'ajouter, à titre d'information, que l'inspecteur sanitaire assujettit toujours la caravane à une quarantaine d'observation après laquelle seulement elle entre à Damas.

M. Polak, s'appuyant sur l'ouvrage de Rigler, combat les assertions de M. Bartoletti, et il lui fait observer qu'il n'y a point de caravane allant directement de Bagdad en Syrie.

A cela M. Bartoletti répond qu'il y a des voies de communication régulièrement parcourues par certaines caravanes de commerce entre Bagdad et la Syrie et aussi entre Bagdad et Alep.

M. Fauvel, après les avoir résumées, réfute les principales objections présentées par divers orateurs contre la conclusion du chap. 19.

Et d'abord il prouve à M. Polak que, contrairement à ce qu'il croit, la conclusion n'est point hasardée à l'endroit de l'Egypte et de la Syrie. Il n'y est pas dit, fait observer M. Fauvel, qu'il est impossible que le choléra soit importé en Egypte ou en Syrie à travers le désert, mais on se borne à dire qu'il est sans exemple que cela ait eu lieu. A-t-on un fait, un seul exemple, pour attaquer cette assertion, qu'on le cite, dit M. Fauvel, mais tant qu'on ne les produit pas, la conclusion qui ne fait que constater un fait, restera inattaquable.

Pour ce qui est des objections de M. Monlau qui trouve que la question est mal posée, que la conclusion est mal formulée, et pour lequel le désert n'est absolument rien, M. Fauvel soutient, au contraire, que le désert est tout et que la caravane n'est rien. En effet, dit-il, pour que les caravanes qui propagent le choléra partout où elles voyagent, puissent communiquer la maladie, il leur faut avant tout des lieux habités, des endroits où il y ait des hommes. Le désert qui est très peu habité, et c'est pour cela même qu'il est appelé désert, n'offrant pas cette condition essentielle, le mal s'y arrête, s'épuise, donc il constitue une puissante barrière. L'armée, continue M. Fauvel, citée par M. Monlau, en passant à travers un désert, se mettrait absolument dans les mêmes conditions que les caravanes, au lieu de propager la maladie, comme elle le ferait en tout lieu habité, elle aurait le temps, en traversant le désert de s'en défaire, donc, ce n'est pas la

caravane, ce n'est pas l'armée qui constitue une barrière contre la maladie mais bien le désert, uniquement le désert, car et l'armée et la caravane subiraient partout ailleurs la maladie.

M. Fauvel croit nécessaire d'insister sur la teneur de la conclusion, car il importe, dit-il, de bien s'entendre relativement à la valeur d'un point, sur lequel semble reposer en partie l'argumentation de M. Monlau, tout autant que celle de M. Polak. La conclusion, fait remarquer M. Fauvel, est bien loin d'ériger une doctrine, elle ne constate qu'un fait, de ce fait la logique la plus sévère a déduit la conclusion concernant l'Egypte et la Syrie: cette conclusion ne pourrait être démolie qu'en vertu de faits et d'exemples en sens inverse, ces faits, jusqu'à présent, n'existent pas ou du moins ne sont point connus, par conséquent tout ce qu'on pourrait avancer à *priori* ne serait que suppositions gratuites. A M. Gomez qui demande des explications, et qui suppose que, dans le sens du rapport, le désert préserve toujours, M. Fauvel fait observer qu'on n'a jamais dit cela, qu'on a dit seulement que le désert est une barrière efficace. M. Bartoletti, l'a démontré par des faits. L'objection que M. Gomez croit très sérieuse et qui est relative à l'importation du choléra dans le Hedjaz, au mois de mai, M. Millingen, en parlant des arrivages de l'Inde, l'a victorieusement réfutée, et il est inexact de dire que le fait de l'importation du choléra à Djeddah est en contradiction avec ce qu'on a avancé à propos du désert. Finalement, dit M. Fauvel, le fait de M. Verrolot, cité par M. Gomez, n'a aucune valeur pour la question qu'on traite, car il ne prouve rien. Ce fait est exposé dans le rapport même avec la critique nécessaire. Mais si même, conclut M. Fauvel, le fait Verrolot reste douteux, y aurait-il pour cela contradiction entre la conclusion et le reste du rapport ? Non, car les faits démontrent que le désert est la meilleure des barrières, et un seul fait douteux ne pourrait pas infirmer ou anéantir plusieurs faits bien constatés.

Aux objections faites par M. Pelikan qui déclare qu'il s'est abstenu de voter sur la foi des savants, M. Fauvel répond que l'administration sanitaire de Constantinople est la source des faits et des renseignements concernant le Hedjaz, c'est elle qui possède tous les faits connus et les savants feraient bien de venir en puiser chez elle. Qu'ils prouvent que les faits avancés par elle ne sont pas exacts, et alors seulement, dit M. Fauvel, il sera permis d'attaquer la conclusion; car les suppositions ne sont pas suffisantes.

M. Monlau réplique qu'il est bien vrai qu'il est sans exemple que le choléra ait été importé en Egypte ou en Syrie à travers le désert, mais il ne combat pas, dit-il,le fond de la conclusion, il n'attaque que la forme: qu'on formule mieux la conclusion, pour montrer qu'on sait bien interpréter les faits, et surtout qu'on se garde bien de dire que le désert est une barrière anti-cholérique, qu'on reconnaisse plutôt qu'il n'est qu'un simple auxiliaire.

M. Gomez de son côté dit que M. le rapporteur ne l'a pas compris. Il n'a jamais pensé à attaquer la doctrine du désert, au contraire il la partage, mais il ne voudrait pas qu'elle fût énoncée d'une manière aussi formelle, aussi dogmatique.

M. Gomez opine que si dans le paragraphe qui a trait aux épidémies du Hedjaz (chap. 4, du rapport) au lieu de dire que la manifestation du choléra dans le Hedjaz a *toujours* coïncidé avec l'époque du pèlerinage, on disait *presque toujours*, la contradiction qu'il croit trouver entre ce paragraphe et la conclusion du chap. 19, cesserait, jusqu'à un certain point d'exister.

M. Bykow signale un fait qui prouve que le choléra peut être importé à travers le désert, et même à travers un grand désert, tel que celui qui sépare la Boukharie de la ville d'Orembourg qui en est distante d'environ 300 lieues allemandes et que les caravanes parcourent en 65 jours et plus, jamais en moins de 45.

Ce fait a eu lieu en 1829, le choléra existait à Boukhare au moment du départ de la caravane qui l'a communiqué à son retour à la ville d'Orembourg (juillet 1829).

M. Fauvel dit qu'il n'entend pas contester l'exactitude de ce fait, mais toujours est-il qu'il serait nécessaire de bien connaître en quoi consiste les désert de Boukhara. Est-il dans les mêmes conditions que les déserts d'Arabie, ou ne serait-il pas plutôt une étendue de steppes, plus ou moins peuplées?

M. Bykow avoue que le désert entre Boukhara et Orembourg n'est qu'une grande étendue de steppes où les hordes nomades de Kirghises se trouvent en relations fréquentes entre elles—ces steppes, dit-il, diffèrent des déserts de l'Arabie, et, voilà pourquoi dans le fait cité plus haut il faut tenir compte de cette particularité , à savoir, que le choléra n'existait pas alors parmi les hordes kirghises, et qu'il n'existait que parmi les personnes

qui faisaient partie de la caravane — cette caravane a mis presque deux mois pour arriver de Boukhara à Orembourg.

M. Salem bey assure qu'il n'y a pas d'exemples qu'une caravane ait importé le choléra après avoir traversé un grand désert. La conclusion de la Commission, est, dit-il, rigoureusement tirée de faits bien constatés. Toutefois, il serait utile, pense-t-il, de se prononcer avec plus de réserve, car la conséquence de cette réserve serait une surveillance exercée sur les caravanes, lesquelles ne seraient, et c'est ainsi qu'on procède en Egypte et en Syrie, libres d'entrer dans les villes qu'après avoir bien constaté leur état sanitaire.

M. Salem bey attire l'attention de l'honorable Conférence sur le fait très-important que l'arrivée des caravanes, dans les différents pays où elles ont l'habitude de s'arrêter après leur long et pénible voyage, coïncide ordinairement avec la cessation plus ou moins complète de l'épidémie cholérique dans ces mêmes localités.

M. Sawas, sans avoir la moindre intention de mettre en suspicion les faits cités par M. Bartoletti, qu'il considère lui aussi comme bien constatés, est néanmoins d'avis que l'assertion qu'on trouve dans la conclusion où il est dit—qu'il n'y a point d'exemple,—est trop absolue, et partant sujette à contestation. M. Sawas croit que s'il n'y a pas des faits positivement contraires à cette assertion, il y a du moins des faits douteux, tel il considère l'épidémie de 1831.

M. Sawas a des doutes à propos de l'introduction du choléra en Egypte venant du Hedjaz à travers le désert, les doutes ne sont pas détruits, dit-il, malgré l'assurance donnée par Clot-bey dans sa brochure, car on trouve dans les pièces justificatives annexées à cette même brochure les rapports des médecins qui se trouvaient à Suez à l'arrivée de la caravane, ainsi que ceux d'autres employés qui à cette époque avaient été au Hedjaz d'où l'on peut tirer quelques faits capables d'amoindrir cette assurance. Ces faits sont les suivants :

1° A la sortie de la caravane du désert quelques cas de mort ont eu lieu, on a voulu les attribuer à la soif non satisfaite, mais sur leur nature les médecins ne se sont pas prononcés.

2° Les habitants du village qui ont été au campement de la caravane pour vendre des vivres, ont eu le choléra et l'ont porté chez eux où il a fait des ravages.

En dehors de ces faits, dit M. Sawas, il y a aussi celui de l'apparition du choléra en Egypte deux mois et demi après la fête des sacrifices, or, ce laps de temps est beaucoup trop long pour un voyage maritime. Le voyage entre le Hedjaz et l'Egypte ne pouvait, même à cette époque, durer un temps aussi long, c'est à dire deux mois et demi. Mais le doute à ce sujet, n'empêcherait pas, selon M. Sawas, d'admettre les autres faits cités dans le rapport à propos de cette même épidémie.

M. Fauvel donne à ce propos les éclaircissements suivants, éclaircissements qui avaient été, d'ailleurs, donnés en Commission où l'on avait longuement agité cette question. L'épidémie, dit M. Fauvel, avait éclaté à Suez et la caravane n'y était arrivée que bien plus tard. Ainsi, à tort on a cru que c'étaient les pèlerins qui avaient importé la maladie en Egypte. Clot-bey, lui-même, établit le fait que l'épidémie régnait à Suez avant l'arrivée de la caravane, fait, d'ailleurs, bien démontré et qui avait été admis par tous les membres de la Commission. Il est donc clair, ajoute M. Fauvel, que la maladie a été importée par les pèlerins venus par mer, même par Suez. A cette époque les pèlerins ne voyageaient pas par des bateaux à vapeur, mais par des barques et le voyage durait un mois, six semaines et même plus.

Sur la demande de plusieurs délégués, S. Exc. le Président met aux voix le texte du chap. 19. Il est adopté à la majorité de 20 voix 0 contre et 5 abstentions.

Ont voté pour:

MM. Sotto, Segovia, Spadaro, de Lallemand, Fauvel, Goodeve, Dickson, Kalergi, Bosi, Vernoni, Millingen, Sawas, Testa, Mühlig, Lenz, Bykow, de Hübsch, Stenersen, Salem-bey, Bartoletti (20).

Se sont abstenus de voter :

MM. Polak, Monlau, Maccas, Gomez, Keun (5).

Ensuite, S. Exc. le Président met aux voix la conclusion du chap. 19.

Elle est adoptée à la majorité de 22 voix 0 contre et 3 abstentions :

Ont voté pour:

MM. Sotto, Segovia, Spadaro, de Lallemand, Fauvel, Goodeve, Dickson, Kalergi, Bosi, Vernoni, Keun, Millingen, de Soveral, Sawas, Gomez, Testa, Mühlig, Lenz, Bykow, Hübsch, Salem-bey, Bartoletti (22).

Se sont abstenus de voter :

MM. Polak, Monlau, Maccas (3).

M. Stenersen était absent au moment du vote.

M. Fauvel donne lecture du titre et de la conclusion du chap. 20.

M. Monlau est d'avis qu'il faudrait remettre à plus tard le vote sur la conclusion du chap. 20. Il faut, dit-il, avoir d'abord étudié les agglomérations en particulier, pour pouvoir se prononcer, en connaissance de cause, sur cette conclusion générale qui repose sur des faits qu'on n'a pas encore abordés. Tout autre procédé serait fautif car il manquerait de base.

M. Mühlig soutient l'opinion contraire. Depuis long-temps, dit-il, le rapport général est entre les mains des délégués ;—ils ont eu, conséquemment le loisir de l'étudier et de prendre connaissance de toutes ses parties soit en détail, soit dans leur ensemble. Si même la conclusion repose sur des faits qui ont leur place plus loin, ces faits doivent être connus d'avance, de sorte qu'il n'y a aucun inconvénient à s'occuper de cette conclusion générale à l'instant même.

D'après M. Bykow la proposition de M. Monlau ne servirait qu'à prolonger inutilement la discussion — il partage donc la manière de voir de M. Mühlig.

M. Segovia, de son côté, trouve que la proposition de M. Monlau est loin d'intervertir l'ordre du rapport-général, et elle résulte de la tendance de ce même rapport. Si la Conférence, pense-t-il, adopte la manière de voir de M. Mühlig — c'est-à-dire si elle adopte une conclusion générale avant d'accepter les faits dont elle émane—il sera tout-à-fait inutile de s'arrêter plus tard sur ces mêmes faits, car on les aurait acceptés d'avance. Selon M. Segovia M. le rapporteur n'a anticipé la conclusion que pour faciliter le travail. Mais si la Conférence, dit-il, juge qu'elle peut procéder de cette manière, il ne s'y oppose pas.

M. Mühlig ne croit pas que la conclusion générale soit un corollaire des faits particuliers.—C'est une conclusion, selon lui à part, presque indépendante des faits concernant les agglomérations en particulier, étudiés au point de vue de l'influence qu'elles exercent sur le choléra—par conséquent cette conclusion est placée dans un ordre très-logique.

M. Goodeve fait l'observation que la proposition de M. Monlau avait été acceptée par la Commission qui l'avait trouvée très-logique, de même que par M. Fauvel lui-même qui l'avait reconnue plus méthodique. Il conseille donc de lui donner la préférence.

Sur la demande de plusieurs membres, S. Exc. le président met aux

voix d'abord la proposition de M. Monlau, ensuite le texte et la conclusion du 20 chap.

La proposition de M. Monlau n'obtient que six voix favorables, contre dix.

Le texte et la conclusion du 20 chap. ont été adoptés à la majorité de 20 voix—0 contre et 2 abstentions.

Ont voté pour :

MM Vetsera,—Polak,—Spadaro,=de Lallemand,—Fauvel,—Goodeve,—Dickson,—Kalergi,—Maccas,—Bosi,— Vernoni,— Millingen,— Gomez,—Testa,— Mühlig,— Bykow,— Lenz,—Hübsch—Bartoletti,—S. Exc. Salih effendi (20)

Se sont abstenus de voter :

MM. Segovia et Monlau.

MM. Keun, Sawas et Stenersen étaient absents au moment du vote.—M. Fauvel donne lecture du titre du chap. 21 et de sa conclusion.

M. Monlau croit que cette conclusion a déjà été votée et acceptée implicitement. Il s'est abstenu, dit-il, de voter en Commission, et le texte et la conclusion, parce qu'on prétend expliquer la transmissibilité par l'épidémicité—chose qui n'est point du tout scientifique. Si un cas, un seul cas isolé, éclate à bord d'un navire, cela est loin, pense M. Monlau, de constituer une épidémie. On doit de nécessité traiter de la transmissibilité en elle-même, et c'est alors qu'on pourrait trouver à bord des navires la meilleure des démonstrations. Pourquoi, se demande M. Monlau, parler toujours, lorsqu'il n'est question que de transmissibilité, de milieu cholérique, de foyer d'infection, d'épidémie envahissante. Et au lieu de vouloir expliquer la transmissibilité par l'épidémie, ne serait-il pas plus raisonnable de suivre une marche opposée ? Il est évident, dit M. Monlau, que la pensée prédominante, la tendance constante du rapport est en faveur de l'épidémicité—la transmissibilité n'est traitée qu'en passant et elle est, pour ainsi dire, subordonnée à la théorie épidémiste. M. Monlau continue à réfuter plusieurs passages du texte du chap. 21. Il attaque le passage qui dit que c'est un fait général que les navires provenant d'une localité infectée ne sont souvent le théâtre d'aucune manifestation cholérique. C'est une assertion, croit-il, gratuite et l'on pourrait même dire démentie par les faits relatifs à l'épidémie cholérique de Salonique, faits qui sont consignés dans la brochure que le Dr Alatini a publiée sur cette épidémie.

M. Monlau croit plutôt que le fait général serait l'atténuation des circonstances et aussi la dissimulation des capitaines des navires qui, craignant les mesures quarantenaires, cachent la vérité. Il relève en outre la singularité du passage qui commence par les mots:—Il est en outre constaté.

Dans ce chapitre, continue M. Monlau, on cite le fait des deux vaisseaux le *Friedland* et le *Jean-Bart*, qui avaient eu à bord chacun un cas de choléra avant toute communication avec la terre et avec l'escadre, et on ajoute — ce fait on l'interprétera comme on pourra. — Mais ailleurs il est de nouveau rapporté avec la remarque qu'il y manque trop de détails importants pour qu'il ait beaucoup de valeur. Dans ce cas, se demande M. Monlau, pourquoi le rapporter s'il ne peut servir à rien, ou s'il est susceptible de plusieurs et différentes interprétations ?

Mais lorsque, dit M. Monlau en finissant, on s'arrête sur le paragraphe de ce chapitre où, après avoir affirmé que la grande majorité des navires partis d'Alexandrie n'ont pas eu de choléra à bord pendant la traversée, il est dit, qu'il est certain qu'ils ont propagé la maladie par la *raison décisive* que le choléra ne s'est manifesté que là où ils ont abordé, — on est en droit, à son avis, d'exiger qu'au lieu de se servir de la fine ironie qui a dicté ce chapitre, M. le rapporteur eût avoué que les autorités sanitaires sont exposées à être trompées par toutes sortes de déclarations fausses, et à être induites en erreur par les exagérations ou la dissimulation des capitaines qui très souvent présentent, pour se servir de l'heureuse expression du rapport, comme vierges leurs navires contaminés.

Il n'y a pas moyen, reprend M. Fauvel, de suivre M. Monlau dans son argumentation. Ses raisonnements découlent d'une doctrine qui lui est propre, et la Commission n'en a aucune, — dans son rapport elle ne fait, comme il a déjà été dit, que présenter des faits, de ces faits elle tire des conclusions aussi rigoureuses qu'elles peuvent l'être, et des corollaires non moins logiques. Il y a deux choses, dit M. Fauvel, qu'il importe de relever dans les remarques de M. Monlau. D'abord il prête à la Commission des idées qu'elle n'a jamais eues, il lui attribue des choses et un langage qui ne se trouvent pas dans son rapport. Ainsi, par exemple, dit M. Fauvel, il nous prête l'idée de considérer un cas isolé de choléra à bord d'un navire comme une épidémie. Il nous fait parler de navires vierges ! Où trouve-t-il tout cela ? Aurait-il un autre rapport que le nôtre ?

En second lieu, il ne veut pas que nous citions, que nous nous servions

de faits qui peuvent être différemment interprêtés; et il nous défend de les expliquer à notre manière. Cela l'importune comme si nous avions manqué aux règles de la logique. Cependant il est aisé de lui faire voir que notre explication est la plus naturelle, la plus probable. En effet ne sommes-nous pas en droit d'avancer que l'arrivée de plusieurs navires, provenant d'un lieu infecté dans un lieu indemne, doit être considérée comme la cause et l'origine de l'épidémie qui se manifeste après leur arrivée? Or, cette coïncidence ayant été dûment constatée, nous avons attribué aux navires l'importation de la maladie bien qu'elle n'existât par à leur bord pendant la traversée. D'après M. Monlau, au contraire, tous les navires venant d'un lieu contaminé, doivent avoir à bord la maladie, et, si on affirme que cela n'a pas toujours lieu, c'est, dit-il, pour la raison que tous les capitaines sans distinction, dissimulent et trompent l'autorité sanitaire.

C'est l'opinion de M. Monlau, et il est libre de la professer. Mais on est en droit, dit M. Fauvel, de lui rappeler que l'expérience est contraire à son opinion, elle parle en faveur de l'immunité relative des navires tout autant qu'en faveur de l'immunité relative des lazarets.

M. Fauvel dit qu'il serait inutile de dire davantage à l'appui du rapport. La Commission n'a eu qu'une seule préoccupation, celle de faire connaître, après des recherches consciencieuses, la vérité : elle s'est appliquée uniquement à cela.

M. de Lallemand trouve qu'il serait peut-être nécessaire d'ajouter, en guise de réserve, deux mots au paragraphe de la page 51 où il est question des vaisseaux le *Friedland* et le *Jean-Bart*, qui avaient eu chacun un cas de choléra à bord. M. de Lallemand voudrait qu'on y ajoutât, *peut être sporadique*.

Sur l'avis de plusieurs Délégués S.Exc. le Président met aux voix d'abord le texte et ensuite la conclusion du chap. 21.

Le texte est adopté à la majorité de 20 voix 0 contre et 4 abstentions.

Ont voté pour:

MM. Vetsera, Polak, Spadaro, de Lallemand, Fauvel, Dickson, Maccas, Bosi, Vernoni, Keun, Millingen, Gomez, Testa, Mühlig, Bykow, Lenz, Hübsch, Stenersen, Bartoletti, S. Exc. Salih-effendi (20).

Se sont abstenus de voter :

MM. Segovia, Monlau, Goodeve, Sawas.

MM. Kalergi et Sawas étaient absents au moment du vote.

La conclusion est mise aux voix, elle est adoptée à la majorité de 19 voix 0 contre et une abstention celle de M. Maccas.

Ont voté pour, tous les délégués qui avaient voté le texte de ce même chapitre excepté M. Maccas.

Les délégués absents pendant le vote étaient les deux précédents, MM. Kalergi et Sawas, et MM. Segovia, Monlau, Goodeve.

M. Fauvel donne lecture du titre du chap. 22 et de sa conclusion.

Ici, dit M. Monlau, comme pour la question des déserts on dirait que la question n'a été posée que pour avoir l'occasion de produire un *tableau*, mais malheureusement, ce tableau ne prouve pas grand' chose : à son avis il ne prouve rien du tout.

La question de l'agglomération dans un lazaret, est, au dire du rapport, des plus intéressantes à étudier : elle répond à une crainte souvent exprimée, etc. Non, affirme M. Monlau, la question importante serait de savoir si dans un lazaret on peut attraper une maladie qu'on n'a pas ; si étant exposé à une maladie pestilentielle on y gagne une autre d'une nature différente, comme cela arrive dans les hôpitaux, où tandis qu'on est traité pour un *rhume* on attrape une ophtalmie, etc. Mais cette question, fait observer M. Monlau, n'est point résolue dans le rapport. A ce sujet on pourrait, croit-il, consulter la relation de Marseille de 1821. Il se passe, dit le rapport, la même chose dans les lazarets que dans les navires, et à cette occasion on proclame de nouveau le grand dogme de l'immunité, mais le rapport, dit M. Monlau, ne tient aucun compte de la réceptivité du lieu et de la susceptibilité individuelle. On dirait, d'après le rapport, qu'on pourrait séjourner dans un lazaret encombré sans aucun inconvénient.

Le rapport, continue M. Monlau, étale un beau tableau indiquant le nombre des quarantenaires admis en 1865 dans les principaux lazarets de la Turquie, avec le nombre des cas de choléra et celui des décès qui y ont été observés. Mais à quoi, se demande M. Monlau, pourrait servir un pareil tableau? Le rapport lui-même dit qu'il ne faut pas lui demander une exactitude bien rigoureuse — mais la question n'est pas là.— Chacun sait, ajoute M. Monlau, que la quarantaine dans l'Empire Ottoman était presque partout purgée sous des tentes, en plein air — or donc, comment pourrait-on prendre au sérieux l'affirmation du rapport qui avance que dans plusieurs lazarets l'encombrement avait été porté à un très-haut degré, principalement à Salonique ? Qu'on consulte, dit-il encore, la brochure du

Dr Alatini sur l'épidémie de Salonique et on constatera tout le contraire. On ne peut tirer, poursuit M. Monlau, aucune conclusion de la dernière épidémie qui sévit en Turquie. La quarantaine qu'en cette occasion on y avait établie, n'était presque faite que sur des îlots, sous des tentes, en plein air; de vrais lazarets, il n'y en a eu que très-peu ou point. La déduction, par conséquent, émise dans le rapport qui dit — tout ce que nous prétendons en induire c'est que le choléra n'a pris qu'un très-faible développement parmi les quarantenaires, dans les lazarets ottomans; cette déduction, dit M. Monlau, n'est pas rigoureusement tirée des faits, elle est hasardée, on pourrait même dire préconçue.

Pour conclure, dit M. Monlau, il importe de signaler en peu de mots les reproches qu'on est fondé de faire à la conclusion du chap. 22.

1° La première partie de cette conclusion n'est ni exacte, ni soutenue par des faits, elle ne repose que sur de faibles arguments;

2° La seconde partie renferme un lieu commun, exprimé d'une manière familière qui figure mal dans un rapport scientifique, c'est lorsqu'on dit que les lazarets sont de mauvais voisins. Tels, dit M. Monlau, ils doivent l'être et chacun le sait, autant que les hôpitaux et autres établissements pareils. Mais, s'ils étaient bien isolés, bien surveillés, et si on rendait impossible la contrebande sanitaire, alors on pourrait amoindrir l'influence fâcheuse qu'ils exercent autour d'eux et qui fait craindre la propagation de la maladie du lazaret au voisinage.

Pour toutes ces considérations, dit M. Monlau, ainsi que pour les raisons qu'il a fait valoir à propos du texte, il s'est abstenu en commission de prendre part au vote lorsqu'on discutait et adoptait le chap. 22 et il s'abstient aussi de le voter devant la Conférence.

M. Fauvel exprime sa surprise d'entendre dire à M. Monlau, que la Commission n'a pas redouté pour les quarantenaires leur séjour dans un lazaret encombré. Loin de là, dit M. Fauvel, la Commission qui avait établi une distinction entre agglomération, accumulation et encombrement, n'a pas omis de prévenir qu'en cas d'encombrement l'épidémie sévit avec plus de force, elle a même fait plus que cela : elle a exprimé la crainte que le seul fait de réunion en temps d'épidémie, pût créer des foyers cholériques. Le rapport, dit M. Fauvel, se borne à dire que les lazarets peuvent être qualifiés de diverses manières, ils peuvent jouir d'une sorte d'immunité relative — comme ils peuvent devenir des foyers, des centres

d'émission. Dans l'idée de la Commission, il se passe dans les lazarets ce qui arrive à bord des navires, tout ce qu'elle avance à ce sujet n'est nullement hasardé, et tout est appuyé par des faits et des exemples. Il est vrai, ajoute M. Fauvel, que ces faits ne sont pas toujours probants, mais comme ils sont nombreux on peut en choisir les mieux constatés, pour les faire servir d'exemples. M. Monlau conteste, sur la foi de M. Alatini, les faits relatifs à l'épidémie de Salonique, mais M Monlau a tort, selon M. Fauvel, de ne tenir pas compte des rivalités et des théories des médecins, malgré cela et malgré les affirmations contraires, tout le monde, dit M. Fauvel, est d'accord sur ce point, savoir : que malgré l'agglomération du lazaret de Salonique qui contenait 1,300 personnes l'épidémie n'a été ni grave, ni très-meurtrière.

M. Fauvel, en finissant, déclare que la Commission n'a jamais eu les tendances que M. Monlau veut bien lui prêter.

M. Polak communique un tableau concernant les arrivages dans le port de Trieste en 1865. Ce tableau, à son avis, pourrait servir comme document, dans l'historique qu'on se propose de faire sur la dernière épidémie cholérique, et il pourrait aussi démontrer que l'encombrement dans les lazarets n'est pas aussi dangereux qu'on voudrait le présumer à *priori*.

Sur la demande de plusieurs Délégués le texte et la conclusion du chap. 22 sont mis aux voix.

Ils sont adoptés à la majorité de 15 voix 0 contre, et une abstention, celle de M. Monlau.

Ont voté pour :

MM. Polak, Spadaro, Fauvel, Goodeve, Dickson, Maccas, Salvatori. Vernoni, Keun, Gomez, Bykow, Lenz, Hübsch, Bartoletti, S.Exc. Salih Effendi. (Tous les autres membres qui avaient voté précédemment étaient absents au moment du vote.)

La séance est levée à 5 heures et demie.

Ordre du jour de la prochaine séance.

Suite de la discussion du rapport général.

Le Président de la Conférence Sanitaire,

SALIH.

Les Secrétaires,

Dr NARANZI.—Bon DE COLLONGUE.

N° 21

SÉANCE DU 23 JUIN 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 28 juin, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa vingt-et-unième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï

Etaient présents :

Pour l'Autriche :

M. VETSERA, conseiller de l'Internonciaturede S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur POLAK, ancien archiâtre de S. M. le Schah de Perse ;

Pour la Belgique :

M. le comte de NOIDANS, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria SEGOVIA, consul général, chargé d'affaires;

M. le Docteur MONLAU membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne;

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur IGNACE SPADARO ;

Pour la France :

M. le comte de LALLEMAND, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur FAUVEL, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur GOODEVE, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

Pour la Grèce :

M. KALERGI, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. MACCAS, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes;

Pour l'Italie :

M. A. VERNONI, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur FRÉDERIC BOSI ;

M. le Docteur G. SALVATORI, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. KEUN, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur MILLINGEN, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio GOMEZ, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur LENZ, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur BYKOW, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna;

Pour la Suède et la Norwège :

M. OLUF STENERSEN, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(*Pour l'Egypte*) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S A. le vice-roi d'Egypte;

La séance est ouverte à une heure de l'après-midi.

M. le Dr Polak fait connaître que des documents officiels qui viennent de lui être adressés par son gouvernement le mettent à même de renseigner la Conférence, sur le résultat des quarantaines, pendant la dernière épidémie, à Venise, à Martinschizza (Croatie) et à Mégline (Dalmatie). Ces informations feront suite aux renseignements analogues qu'il a fournis à la dernière séance relativement à Trieste. Il en résulte 1° Qu'à Venise rapport de l'office central maritime de cette ville en date du 31 mai 1866, le nombre des quarantenaires fut, dans le lazaret de Poveglia et dans le bassin du port à Chioggia, de 2353 individus, dont 2039 en quarantaine d'observation et 314 sur lesquels 250 gardes de santé) en quarantaine de rigueur. Parmi ces 2353 quarantenaires, un seul devint malade du choléra le 17 août, le 3me jour de son séjour au lazaret. C'était un matelot, aucun cas n'avait été constaté pendant le trajet sur le navire auquel il appartenait ; *Après la libre pratique* aucun cas de maladie ;

2° A Martinschizza (rapport de la direction du lazaret maritime), le nombre total des quarantenaires fut de 1321. Aucun cas de choléra ni pendant ni après l'observation. Deux matelots malades du choléra, venant d'Ancône, furent débarqués au lazaret. L'un des deux succomba.

3° A Mégline (rapport de la direction du lazaret maritime), le nombre des passagers quarantenaires fut de 292. Deux cas pendant le trajet, aucun pendant l'observation.

M. le D. Polak rappelle à ce propos que la législation sanitaire autrichienne ne contient aucune disposition quant aux mesures quarantenaires à prendre contre le choléra. Cependant on avait établi pendant la dernière

épidemie une quarantaine d'observation de sept jours pour les provenances de pays suspects ou infectés, cette quarantaine étant réduite à 48 heures après une traversée de 14 jours. Lorsque des cas de choléra avaient été constatés pendant le trajet comme aussi en patente brute, on appliquait la quarantaine de rigueur comme pour la fièvre jaune.

M. le Dr Bon Hübsch demande après cette communication si la Conférence verrait des inconvénients à ce que le rapport de la Commission générale fût livré à la publicité.

M. le Cte de Lellemand fait connaître que son intention était d'introduire une motion analogue, non pas seulement pour ce rapport, mais pour tous les actes de la Conférence ; qu'il n'attendait pour le faire que la fin de la révision du rapport de M. le Dr Fauvel ; mais qu'il ne croit plus devoir différer après ce qui vient d'être dit par M. le Dr Bon Hübsch. Le gouvernement français a toujours pensé que la publication des actes de la Conférence serait nécessaire, mais en même temps que la Conférence, seule juge de l'opportunité, pouvait seule en prendre l'initiative.

M. le Cte de Lallemand croit que le moment est venu de s'occuper de cette question de la publicité : on en a fini avec les études étiologiques préliminaires auxquelles il fallait se livrer avant d'arriver aux mesures d'application, il serait bon que le public eût dès maintenant connaissance du résultat de ces études qui seront la base et le fondement de l'œuvre de la Conférence.

A la suite d'observations présentées par MM. le Drs Lenz, Bykow, Pelikan et Dickson et portant sur le mode de cette publication dont il ne contestent pas d'ailleurs l'opportunité M. le Dr Fauvel fait remarquer qu'il ne s'agit pas pour la Conférence de se charger elle-même de cette publication ; toute la question est de savoir si elle l'autorise.

M. le Cte de Lallemand pense que la Conférence devrait se borner à déclarer qu'elle ne s'oppose pas à la publication de ses actes.

La proposition ainsi formulée est mise aux voix par M. le Président et adoptée à l'unanimité.

M. le Dr Fauvel demande si des membres qui sont momentanément forcés de quitter la séance et qui se trouvent ainsi absents au moment d'un vote pourraient voter d'avance par écrit.

M. le Dr Monlau ayant objecté qu'une telle manière de voter serait irrégulière et contraire à ce qui se pratique dans toutes les assemblées légis-

latives, une conversation s'engage à ce sujet entre MM. le Dr Polak, Prof. Bosi, Segovia, Dr Pelikan, Dr Bartoletti et Dr Maccas ; il est finalement décidé que les membres absents au moment d'un vote ne peuvent voter par procuration, mais qu'ils peuvent à la séance suivante faire constater leur manière de voir par voie d'insertion au procès verbal. Il est, d'ailleurs, bien entendu que ces déclarations tardives ne sauraient avoir qu'un effet moral et que quel qu'en fût le nombre, elles ne sauraient infirmer le vote auquel elles se rapportent.

M. le Dr Fauvel fait remarquer d'autre part qu'il a eu plusieurs fois occasion d'observer depuis le commencement de la discussion du rapport de la Commission générale, que des membres, par cela seul qu'ils n'adhéraient pas à un paragraphe d'un chapitre, croyaient devoir s'abstenir ou même voter contre l'ensemble du chapitre, bien qu'il en approuvassent la conclusion. M. le Dr Fauvel croit qu'on devrait, dans ce cas, voter l'ensemble en ayant soin de faire constater qu'on réserve sa manière de voir sur tel ou tel point ; il a été décidé, il est vrai, qu'on ne pouvait motiver son vote, mais ce n'est que pendant le scrutin et tout le mondre a le droit avant qu'il ne soit ouvert de faire une pareille déclaration.

Ces observations ne donnent lieu à aucune objection.

M. Keun annonce que son honorable collègue, M. le Prof. Van Geuns, profitant d'un congé qui lui a été accordé par son gouvernement, a dû momentanément retourner en Hollande, mais qu'il n'est parti qu'avec le ferme espoir de revenir assez tôt à Constantinople pour pouvoir encore prendre part aux travaux de la Conférence.

M. le Dr Fauvel lit ensuite la question et la conclusion du chapitre XXIII.

M. le Dr Polak propose que dans la conclusion, on ajoute le mot *Émigrations* après le mot *Pèlerinage* ; les émigrations lui paraissent être avec les armées, les foires et les pèlerinages, un des quatre plus sûrs moyens de propagation du choléra.

M. le Dr Fauvel répond qu'il ne s'agit dans le chapitre XXIII que de la propagation du choléra par terre ; Les émigrations ne se font plus comme autrefois par grandes masses, par peuples tout entiers, mais par petites fractions et par la voie de mer. Or, la transmission du choléra par les navires se trouve traitée dans une autre partie du rapport.

M. le Dr Monlau déclare qu'il s'abstiendra désormais de prendre part au vote sur le texte des chapitres : ce vote et même la discussion du texte lui

paraissent inutiles du moment qu'il est convenu qu'on peut voter les conclusions sans qu'il soit besoin d'adhérer au texte.

M. le Président met successivement aux voix le texte et la conclusion du chapitre XXIII. L'un et l'autre sont adoptés, le texte par 21 voix avec une abstention, et la conclusion à l'unanimité : (pour le texte) MM. le Dr Polak, Cte de Noidans, Ségovia, Dr Spadaro, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Dr Goodeve, Kalergi, Dr Maccas, Prof. Bosi, Dr Salvatori, Keun, Dr Millingen, Dr Gomez, Dr Mühlig, Dr Lenz, Dr Bykow, Stenersen, Dr Bon Hübsh. S. Exc. Salih effendi, Dr Bartoletti; abstention—M. le Dr Monlau.

M. le Dr Fauvel lit, après le vote, la question et la conclusion du chapitre XXIV.

M le Dr Maccas approuve la distinction qui est établie entre la dissémination selon qu'elle s'opère en temps opportun, c'est-à-dire avant que l'épidémie ne soit confirmée, ou après. La dissémination, utile et salutaire dans le premier cas, est au contraire en effet dangereuse dans le second. M. le Dr Maccas pense seulement qu'on devrait, pour plus de clarté, ajouter dans la 2e partie de la conclusion le mot *tardive*, et dire par conséquent, *mais qu'une dissémination tardive ne ferait etc.*

M. Stenersen craint que les anti-contagionistes se fondant sur ce que la Conférence toute contagioniste qu'elle est, n'a pu nier cependant que la dissémination reste inefficace dans la plupart des cas, ne trouvent dans le chapitre en discussion, tel qu'il est rédigé, un argument à l'appui de leur manière de voir, de même les personnes qui jugent toute mesure de précaution inutile contre le choléra, n'y trouveront-elles pas la justification de leur système; du moment, diront-elles, que la dissémination, sans diminuer le danger, ne fait que retarder le moment fatal, ne vaut-il pas mieux alors rester tranquille chez soi au risque d'y mourir un peu plus tôt? pour ces raisons M. Stenersen pense qu'il y aurait utilité à modifier légèrement, la rédaction du chapitre. Ne pourrait-on pas atténuer ce qui est dit de l'inefficacité de la dissémination lorsqu'elle est tardive ; ne pourrait-on pas par exemple dans le premier alinéa et après avoir dit que « la dissémination en pareil cas diminue les «chances de propagation dans toute la masse attaquée» ajouter la phrase suivante : *Chose qui a été parfaitement constatée à plusieurs occasions, notamment lors de la dern ère épidémie à Constantinople ;* et de même après les mots: «seulement elle s'est accomplie dans un temps plus long» ajouter *mais il est permis de croire que si dans ce cas la dissémination avait été*

opérée plus tôt et dans de meilleures conditions, elle n'aurait pas manqué de produire un résultat plus favorable.

M, Stenersen. répète qu'il n'entend nullement attaquer l'argumentation du chapitre XXIV, c'est plutôt, pour ainsi dire, une question qu'il adresse à la Commission ; est-il scientifiquement possible d'atténuer ce qui est dit de la non-efficacité de la dissémination tardive ? il y a un intérêt particulier pour la Suède et la Norwége où la population habite presque uniquement dans les vallées, tandis que les montagnes restent désertes, à ce que ce point soit bien éclairci : les habitants des vallées se réfugient toujours dans les montagnes lorsque le choléra vient à se déclarer, ont-ils raison de le faire, y gagnent-ils quelque chose ?

Le Dr Salem bey et M. le Cte Lallemand objectent que lorsque le Rapport parle du danger de la dissémination il ne s'agit pas de la population agglomérée qui se dissémine et pour laquelle la dissémination est toujours bonne, mais bien des localités voisines où se réfugient les émigrants.

M. le Dr Maccas reconnaît la justesse de cette observation : seulement il ne croit pas que lorsque le choléra ne s'est encore manifesté que par des cas sporadiques, l'intoxication soit assez complète pour que la dissémination, évidement salutaire pour la population attaquée, soit encore dangereuse pour les localités environnantes. Lors de la dernière épidémie qui a sévi à Athènes, les quelques milliers de personnes qui avaient émigré dès le début n'ont importé nulle part le choléra.

M. le Dr Monlau est d'avis qu'on pourrait supprimer la 2e partie de la conclusion à partir des mots : *mais que* etc ; il est évident que sous le prétexte de se préserver du choléra, on ne doit pas aller le porter chez les autres.

M. le Dr Fauvel croit que la dissémination faite en temps opportun est salutaire pour la population attaquée; plus tard, elle lui paraît inutile. Il la conseille cependant même alors : cette population par cela seul qu'elle ne sera plus agglomérée se trouvera en effet dans de meilleures conditions hygiéniques, mais la maladie n'en suivra pas moins son cours Pour les localités parmi lesquelles la dissémination s'opère, nul doute qu'elle ne soit toujours dangereuse, même lorsqu'il n'y a eu que des cas peu nombreux puisqu'on ne peut jamais affirmer que parmi les fuyards, il n'y en ait pas qui soient atteints de la diarrhée prémonitoire. Pour citer un exemple, ne se rappelle-t-on pas que les émigrants partis, l'année dernière, d'Alexandrie

alors que l'épidémie n'y régnait pas encore, n'en ont pas moins importé le choléra partout où ils se sont réfugiés. M. le Dr Fauvel explique, d'autre part, qu'on ne peut produire aucun fait qui prouve que la dissémination tardive ait été avantageuse pour la population attaquée et dès lors qui permette de répondre avec certitude à la question posée par M. Stenersen. Lorsqu'il y a agglomération, la marche de l'épidémie est plus rapide; lorsqu'il y a dissémination, elle est plus lente et il est impossible dans ce cas lorsque la maladie vient à cesser d'affirmer que ce soit par le fait de cette dissémination. Il est tout aussi probable que c'est faute d'aliments, en un mot parce que toutes les personnes en état de réceptivité ont été atteintes. Tout récemment, à Yambo, où, soit dit en passant, il se confirme que le choléra aurait été importé par des Africains, l'épidémie éclate le 24 mai et le premier jour, sur une population de quelques milliers d'habitants augmentée de 4 ou 5,000 pèlerins, fait 47 victimes ; le 26, elle était déjà arrivée à son maximum d'intensité (99 décès), mais à partir de ce jour, elle diminue : 31 mai, 15 décès ; 3 juin, 5, 4 juin, 1; du 4 au 7—0. Le choléra sévissait là sur une masse agglomérée, dans les plus mauvaises conditions, il attaque immédiatement et, pour ainsi dire, du même coup tous ceux qui se trouvent en état de réceptivité et s'éteint en 12 jours après avoir fait 538 victimes. Si des médecins étaient venus à Yambo le 1er juin, ils n'auraient pas manqué d'ordonner la dissémination immédiate et certainement alors on aurait attribué à cette dissémination la cessation si rapide de l'épidémie. M. le Dr Fauvel croit qu'il en serait de même de tous les faits du même genre qu'on pourrait produire.

M. le Dr Maccas persiste à ne pas considérer comme dangereuse la dissémination qui s'opère lorsque le choléra ne s'est encore manifesté que par des cas sporadiques; on a cité à l'appui de la thèse contraire le fait des émigrants d'Alexandrie transmettant l'épidémie avant qu'elle ne fût confirmée dans cette ville, mais peut-on affirmer que, parmi ces émigrants, il n'y en eut pas qui eussent seulement traversé Alexandrie venant de localités infectées. Peut-on d'ailleurs empêcher cette dissémination, en un mot arrêter l'émigration qui se produit dès que les premiers cas de choléra sporadique viennent jeter l'alarme dans une population.

M. le Dr Fauvel répond que le Rapport ne pouvait parler qu'au point de vue théorique et scientifique Evidemment en fait on ne peut arrêter l'émigration, mais il n'en est pas question. La Commission considère seulement

cette émigration comme dangereuse pour les localités encore indemnes vers lesquelles elle se porte.

Il est ensuite passé au vote sur le chapitre XXIV : le texte est adopté par 20 voix avec 2 abstentions et la conclusion à l'unanimité. (pour le texte), MM. le Dr Polak, Cte de Noidans, Segovia, Dr Spadaro, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Dr Goodeve, Kalergi, Dr Maccas, Prof. Bosi, Dr Salvatori, Keun, Dr Millingen, Dr Mühlig, Dr Lenz, Dr Bykow, Stenersen, Dr Bon Hübsch, S. Exc. Salih effendi, Dr Bartoletti = abstentions, MM. les Drs Monlau et Gomez.

M. le Dr Fauvel lit le texte et la conclusion du chapitre XXV.

M. le Dr Polak explique qu'il s'est abstenu de voter la conclusion de ce chapitre parce qu'elle lui paraît en contradiction avec ce qui est dit au chapitre XIX: on lit, en effet, à la fin du 1er alinéa de ce chapitre que le choléra a été importé du Hedjaz en Egypte par mer; or, dans l'avant-dernier alinéa du chapitre XXV, on se borne à présenter le fait comme probable.

M. le Dr Fauvel conteste que le rapport affirme au chapitre XIX qu'en 1831 le choléra ait été importé par mer en Egypte. Il se borne à déclarer que si ce sont en effet les pèlerins qui l'ont apporté en Egypte, ce ne peut être que ceux qui avaient pris la voie de mer, la caravane étant arrivée indemne.

Le texte et la conclusion du chapitre XXV, sont ensuite mis aux voix et adoptés, le texte par 20 voix avec 2 abstentions, et la conclusion à l'unanimité. (pour le texte, MM. le Cte de Noidans, Segovia, Dr Spadaro, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Dr Goodeve, Kalergi, Dr Maccas, Prof. Bosi, Dr Salvatori, Keun, Dr Millingen, Dr Gomez, Dr Mühlig, Dr Lenz, Dr Bykow, Stenersen, Dr Bon Hübsh, S Exc. Salih Effendi, Dr Salem Bey = abstentions, MM. les Drs Polak et Monlau.

M. le Dr Fauvel donne lecture de la question et de la conclusion du ch. XXVI.

M. le Dr Pelikan, tout en adoptant les conclusions de la Commission, trouve que la doctrine de Pettenkofer sur l'influence du sol dans le développement du principe morbifique du choléra n'a pas été reproduite avec une exactitude suffisante par le rapport.

M. le Dr Mühlig adresse la même critique au rapport. Les recherches de Pettenkofer ne se rapportent pas à la qualité du sol considéré comme réceptacle du principe cholérique ; Pettenkofer avait établi, ce qui avait été avancé déjà par d'autres avant lui, que la qualité du sol d'une localité

est, parmi les causes adjuvantes du choléra, le plus puissante, seulement il va beaucoup plus loin en ce sens qu'il prétend qu'un sol possédant les qualités qu'il décrit est tellement essentiel au développement du choléra que le germe cholérique importé dans une localité dont le sol offrirait des qualités opposées serait d'une parfaite innocuité. Le sol favorable au développement du choléra doit être, selon Pettenkofer, poreux, facilement pénétrable à l'eau et à l'air, enfin chargé de matières organiques (surtout excrémentielles) et présentant de temps à autre un changement du niveau des eaux souterraines; or l'instant où les eaux souterraines se retirent, où par conséquent une certaine sécheresse relative succède à une humidité insolite, est d'après lui le plus favorable au développement du choléra. Ainsi Pettenkofer conclut que deux éléments sont indispensables au développement du choléra : 1° l'importation du germe cholérique dans une localité ; 2° un sol particulièrement constitué : ni le premier ni le second de ces éléments ne suffit à lui seul, il faut l'action de tous les deux à la fois ; le cholérique fournirait le germe, le sol certaines émanations qui en se combinant, soit dans le milieu ambiant, soit dans l'organisme même, auraient pour effet l'infection cholérique.

M. le Dr Mühlig croit que l'erreur du Rapport consiste en ce qu'il attribue à Pettenkofer l'opinion que le sol particulier qu'il décrit n'agirait que comme réceptacle *dans lequel* le germe cholérique devrait subir une espèce de fermentation; or ce n'est pas là où se manifeste la particularité de la manière de voir de Pettenkofer.

M. le Cte de Lallemand et M. le Dr Pelikan s'associent aux observations présentées par M. le Dr Mühlig.

Il en est de même du Dr Salem bey qui a été l'élève de Pettenkofer, et de M. le Dr Lenz. Ce dernier déclare cependant qu'il a donné son adhésion au rapport qui, sans reproduire exactement la théorie de Pettenkofer, en donne cependant le sens.

M. le Dr Polak donne lecture d'un article publié par Pettenkofer dans le *Journal de Biologie* (année 1665, page 355) sur les conditions nécessaires pour le développement du choléra. Ces conditions sont : 1° une couche de terre habitée par des hommes, pénétrable à l'eau et à l'air jusqu'à une certaine profondeur (la profondeur de l'eau souterraine ; 2° une fluctuation temporairement plus considérable dans le degré d'humidité de cette couche, fluctuation qui s'annonce de la manière la plus

simple et la plus sûre par la différence du niveau des eaux souterraines. Le moment le plus dangereux est celui où ce niveau s'abaisse après avoir atteint une hauteur considérable ; 3° la présence de matières organiques, principalement extrementielles, se répandant dans un sol susceptible; 4° le germe spécifique répandu par la communication humaine (la cause spécifique du choléra) et dont les évacuations du tube digestif des cholériques sont le principal véhicule ; il est cependant possible que les évacuations des hommes bien portants, mais provenant de lieux infectés, produisent le même résultat; 5° une disposition individuelle pour le choléra. Pettenkofer ajoute qu'on peut considérer l'agent propagateur, comme une cellule ou comme un ferment organique et qu'on peut émettre deux hypothèses pour expliquer la liaison qui existe entre la communication humaine et le sol: 1re *Hypothèse: On peut supposer comme possible et vraisemblable que le germe infectant qui réside dans les excréments cholériques a besoin d'un certain sol pour son développement, sa propagation et sa multiplication* ; d'après cette hypothèse, le germe cholérique actif aurait besoin d'un certain travail (de fermentation M. le Dr Polak) dans le sol, pour parvenir à nous et pour exercer son action.

2me *Hypothèse. — L'agent nuisible sortant du sol et l'agent provenant de l'importation se combinent dans l'organisme même, et c'est de cette combinaison que naît l'état cholérique.*

MM. le Dr Polak fait observer que Pettenkofer qui penchait au début vers la première hypothèse, serait plutôt porté maintenant à admettre la seconde.

M. le Dr Maccas appuie le Rapport tout en reconnaissant qu'il ne reproduit peut-être pas avec toute l'exactitude et l'extension désirables la théorie de Pettenkofer, il fallait autant que possible éviter d'entrer dans les théories.

MM. les Drs Goodeve et Bykow trouvent qu'il n'y a rien dans le texte du Chap. XXVI qui soit contraire à la théorie de Pettenkofer ; le Rapport sans avoir la prétention de reproduire exactement la théorie de Pettenkofer, admet comme lui la nécessité de la présence du principe cholérique pour le développement d'une épidémie cholérique ; il suppose seulement que ce principe qui se trouve dans le sol où il ne pourait se développer spontanément, doit y pénétrer avec les déjections cholériques.

M. le Dr Fauvel, répond que la Commission n'avait pas à développer les théories de Pettenkofer qui ne traite la question qu'au point de vue du sol

tandis qu'elle avait à étudier *l'influence des conditions hygiéniques*. Il n'y a pas d'ailleurs de contradiction entre ce qui est dit dans le Rapport et la théorie de Pettenkofer. Ce savant ne croit pas, il est vrai, que la pénétration dans le sol de matières cholériques soit indispensable pour que les exhalaisons de ce sol puissent favoriser le développement du choléra, mais c'est une théorie bien subtile où l'on ne pouvait évidemment le suivre. On peut compléter le rapport en discutant plus à fond la question, mais on ne devrait pas en modifier le texte.

M. le Dr Monlau votera les conclusions de la Commission. Cependant il pense qu'il conviendrait d'expliquer un peu plus la prédilection des maladies pestilentielles et surtout du choléra pour les classes pauvres. D'après M. le Dr Monlau, cette prédilection serait atténuée de beaucoup si des statistiques bien faites permettaient de connaître au juste le nombre relatif des individus appartenant aux classes prolétaires qui restent dans les localités atteintes et celui des individus appartenant aux classes aisées qui émigrent. Il faut aussi tenir compte des chances de transmission, chances qui sont bien plus nombreuses pour le pauvre que pour le riche : celui-ci peut s'isoler, se soigner, prendre des préservatifs, l'indigent au contraire se trouve dans des conditions tout-à-fait inverses. A ce propos, M. le Dr Monlau fait remarquer que lorsque les pauvres peuvent être maintenus dans l'isolement plus ou moins complet, comme cela arrive dans les hospices, dans les prisons, dans les bagnes, etc., ils restent très-souvent indemnes ou tout au moins le nombre des attaques parmi eux ne dépasse pas la proportion ordinaire des attaques parmi les riches. La loi providentielle des épidémies qui veut que le nombre des victimes ne soit pas illimité, s'applique aux pauvres aussi bien qu'aux riches. M. le Dr Monlau ajoute qu'il ne serait même nullement étonné que les chiffres ne vinssent démontrer que toute proportion gardée et à égalité de chances de transmission, les conditions de réceptivité et, par conséquent, les attaques de choléra fussent à peu près également partagées. Les faits qui montrent que la *misère* a été épargnée même dans les conditions les plus fâcheuses sont assez nombreux. Parmi ceux que signale la Commission il en est un qui mérite de fixer l'attention : C'est celui des 700 galériens du bagne de Constantinople. Comme le Rapport le constate avec raison, tout n'a pas encore été dit sur les causes adjuvantes du choléra. Il ne s'agit, d'ailleurs, bien entendu, que de l'influence réelle de la *misère* sur le nombre des at-

taques de choléra et nullement de l'issue des attaques, tout conspire à rendre la mortalité plus considérable parmi les pauvres que parmi les riches.

M. le Dr Monlau reproduisant une observation qu'il avait déjà faite au sein de la Commission, ajoute qu'il aurait désiré d'autre part qu'on eût mentionné l'influence de l'état moral des localités atteintes, c'est-à-dire l'influence des passions et surtout de la peur. La peur et le courage ne sont évidemment pas la même chose comme le disaient les anciens (*Timor et contagium sunt unum idemque)*, mais le choléra inspire la peur et la peur contribue puissamment à en favoriser le développement. M. Monlau cite plusieurs faits qui le prouvent.

M. le Dr Fauvel fait remarquer que le Rapport ne parle de la misère qu'au point de vue des conséquences qu'elle entraîne, la malpropreté, l'encombrement, la mauvaise alimentation, etc. ; à nombre égal, il est bien établi que les pauvres souffrent plus que les riches.

M. le Dr Mühlig partage cette manière de voir.

M. le Dr Pelikan ne croit pas autant que M. Monlau à l'influence de la peur comme cause adjuvante du choléra ; on a vu fréquemment et notamment à Constantinople pendant la dernière épidémie, le choléra exercer ses ravages dans les hôpitaux d'aliénés.

M. le Dr Maccas conteste que M. le Dr Pellarin soit, comme le dit le Rapport, le premier qui ait formulé cette proposition que les déjections alvines des cholériques renferment le principe propagateur de la maladie. D'autres médecins avant lui ont émis la même opinion. Il faut citer, notamment, le Professeur Gietl de Munich, qui, dès 1831, signalait dans des rapports adressés à son gouvernement la grande importance des déjections cholériques, tant au point de vue de l'étiologie qu'à celui de la prophylaxie, le même M. Gietl, dans un ouvrage publié en 1832 et intitulé: *Observations sur le choléra épidémique et sporadique*, dit que le poison cholérique ou principe contagieux du choléra est contenu dans les déjections; que les déjections sont le moyen par excellence de la propagation de la maladie, puisque c'est de ces déjections qu'émane le principe contagieux. M. Gietl croyait aussi à la possibilité de l'importation du choléra par des diarrhétiques et par des objets souillés par des matières provenant des déjections. M. le Dr Maccas, à l'appui de ce qu'il avance, cite une ordonnance du gouvernement bavarois, en date du 22 octobre 1836, prescrivant l'application de la théorie de M. Gietl à savoir: « que les excréments des cho-

» lériques soient toujours et immédiatement soumis à une neutralisation, » etc. » On peut consulter aussi François de Gietl, *le choléra, d'après des observations faites à l'hôpital de Munich (1865)* et *le rapport sur l'épidémie cholérique de 1854 en Bavière* du Dr Aloys Martin, (Munich 1857).

M. le Dr Lenz croit que c'est à tort que le Rapport cite le nom de Pettenkofer à côté de celui du Dr Snow, à propos de l'influence que l'eau peut exercer dans certaines circonstances sur le développement du choléra. Pettenkofer a renouvelé à Munich les recherches faites par M. Snow en Angleterre, mais, ainsi qu'il le déclare lui-même, sans arriver à aucun résultat qui vienne à l'appui de la théorie de M. Snow.

M. le Dr Millingen n'approuve pas l'ordre suivi dans le Rapport : on aurait dû d'abord expliquer ce que c'est que le principe générateur du choléra, dire quels en sont les principaux réceptacles et, seulement après, passer aux circonstances qui facilitent le développement des épidémies cholériques.

M. le Dr Fauvel répond que si l'on connaît les causes adjuvantes du choléra, il n'en est pas de même du principe cholérique dont on ignore la nature ; le Rapport procède du connu à l'inconnu, c'était la seule marche qu'on pût suivre.

M. le Dr Goodeve revenant sur l'observation précédemment faite par M. le Dr Monlau, dit que les statistiques prouvent qu'en Angleterre le choléra ne fait pas plus de victimes dans les classes pauvres que dans les classes riches, le nombre des attaques est plus considérable pour les premières, mais la mortalité est proportionnellement la même.

Il est ensuite passé au vote: le texte du chapitre XXVI est adopté à l'unanimité moins une voix celle de M. le Dr Monlau qui s'abstient. Pour, MM. le Dr Polak, Cte de Noidans, Ségovia, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Dr Goodeve, Kalergi, Dr Maccas, Prof. Bosi, Dr Salvatori, Keun, Dr Millingen, Dr Mühlig, Dr Lenz, Dr Bykow, Dr Bon Hüsch, S. Exc. Salih Effendi, Dr Bartoletti. (Total 18).

La conclusion est adoptée à l'unanimité.

La séance est levée à 5 heures.

Le Président de la Conférence Sanitaire,

SALIH.

Les Secrétaires,

Bon DE COLLONGUE.—Dr NARANZI.

N° 22.

SÉANCE DU 2 JUILLET 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent soixante-six le 2 juillet, à midi, la Conférence Sanitaire Internationale, a tenu sa vingt-deuxième séance, dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Etaient présents :

Pour l'Autriche :

M. VETSERA, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur POLAK, ancien archiâtre de S. M. le Schah de Perse ;

Pour la Belgique :

M. le comte de NOIDANS, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires ;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne.

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M Kalergi, secrétaire de la Légation de S M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur Frederic Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

Mirza-Malkom-Khan, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur Sawas Efendi, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio Gomez, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. le B^n^ Testa, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Lenz, conseiller de collège, attaché au ministère des l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M Oluf Stenersen, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur-général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(*Pour l'Egypte*) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S A. le vice-roi. d'Egypte ;

M. le D^r^ Naranzi, l'un des secrétaires, donne lecture du procès-verbal de la séance du 27 juin (20^me^ séance) dont la rédaction est approuvée. Certaines explications sont échangées entre MM. Millingen et Fauvel relativement au fait de l'infirmier mort à l'hôpital français de Thérapia, de choléra foudroyant par suite de l'ouverture du cadavre d'un cholérique ; Le nom mentionné dans l'ouvrage de M. Michel Levy, d'où ce fait a été extrait, M. Millingen voudrait le voir répété dans le compte-rendu, et M. Fauvel, pour des raisons qu'il fait apprécier à la Conférence, voudrait plutôt l'omettre. Ces explications sont suivies d'autres échangées d'un côté entre MM. Bartoletti et Fauvel, et M. Monlau de l'autre, à propos des lazarets de l'Empire Ottoman. Selon M. Monlau ces lazarets existaient en très-

petit nombre pendant la dernière épidémie ou plutôt ils n'existaient pas. M. Monlau persistant dans son assertion, M. Bartoletti insiste pour que dans le procès-verbal il soit dit que cette assertion avait été victorieusement combattue tant par lui que par M. Fauvel, qui avait présenté le tableau des quarantenaires de onze lazarets, établissements dignes de ce nom, clos et isolés.

M. Fauvel confirme le dire de M. Bartoletti et ajoute qu'à Salonique, au commencement de l'épidémie, les quarantenaires purgeaient la quarantaine au lazaret, proprement dit, qui avait contenu jusqu'à 1300 quarantenaires à la fois. Plus tard, la population le trouvant insuffisant et craignant un excessif encombrement, demanda que les quarantenaires purgeassent leur quarantaine sous des tentes et des baraques loin de la ville. De ces onze lazarets indiqués dans le tableau, dit M. Fauvel, sept réunissaient les meilleures conditions voulues pour abriter les quarantenaires.

M. Bartoletti fait observer qu'il faut cependant en excepter le lazaret de Trébizonde, sur lequel on est obligé de se prononcer avec réserve. Ce lazaret, dit-il, ayant été dès le commencement de l'épidémie, reconnu insuffisant, les quarantenaires purgèrent leur quarantaine sous des tentes et des baraques.

M. Monlau réplique que tous ces arguments ne prouvent absolument rien à l'égard de la thèse qu'il avait soutenue. Dans le soi-disant lazaret de Salonique, dit-il, lorsqu'il y a eu encombrement réel sur les 114 choléririques qui s'y trouvaient du 1er au 12 août, il y a eu 73 décès.

Après ces explications, S. Exc. le Président consulte l'honorable Conférence pour savoir si elle veut que M. de Collongue donne aussi lecture du compte-rendu de la dernière séance.

Sur la proposition de M. le comte de Lallemand, qui fait remarquer que cela faisant on passerait une grande partie de la séance à entendre la lecture des procès-verbaux, S. Exc. le Président renvoie la lecture du dernier compte-rendu à la séance prochaine.

L'ordre du jour appelant la suite de la discussion du rapport-général, S. Exc. le Président invite M. le rapporteur à vouloir en poursuivre la lecture qui, à la dernière séance, est restée au chapitre 27.

M. Fauvel donne lecture du titre du texte et de la conclusion du 27^{me} chap.

M. Monlau à propos du texte et de la conclusion de ce chapitre fait remarquer qu'il est sujet aux mêmes objections qu'il a faites à propos des

navires, des lazarets, etc. Tous les faits dont on s'occupe dans ce chapitre, sont, d'après lui, interprêtés plutôt en faveur de l'épidémicité que de la transmissibilité.

C'est ainsi, dit M. Monlau, que l'on commence par supposer que dans une localité atteinte tous les individus se trouvent plongés dans un *milieu* cholérique, que l'atmosphère en masse est empoisonnée, ce qui, croit-il, n'est rien moins que démontré, et que tous les habitants, absolument tous, sont plus ou moins aux prises avec le poison cholérique, chose démentie encore par le fait que tous les individus qui se tiennent isolés, en restent indemnes.

Toute invasion cholérique, continue M. Monlau, débute par des cas plus ou moins nombreux, toujours dûs à l'importation, et, dont la filiation peut être suivie exactement, surtout dans les localités restreintes. Quelquefois la série entière des attaques d'une invasion s'explique par la simple transmission, et ce n'est qu'à la fin, mais pas toujours, que dans les grandes villes et à cause de l'impossibilité d'y saisir l'enchaînement de transmission, on peut supposer une certaine diffusion générale semblable aux influences des épidémies ordinaires. Dans la plupart des invasions cholériques l'épidémicité ne joue aucun rôle, la transmission, assure M. Monlau, fait tous le mal. Il croit fermement que dans une invasion de choléra, comme dans toute maladie transmissible, soit par inoculation ou attouchement, soit par infection spécifique à très-petite distance, les individus qui éprouvent la transmission positive, et, qui ont les conditions de réceptivité voulues, sont atteints; et, les individus qui n'ont pas la réceptivité nécessaire, restent indemnes, malgré la transmission.

Voilà tout :

On ne sait pas au juste, poursuit M. Monlau, quelles sont ces conditions de réceptivité individuelle, mais il paraît que la non-réceptivité, ou *l'immunité*, comme on veut bien la dénommer, est loin d'être toujours proportionnée à la résistance vitale, comme dit le rapport. Que l'on se donne la peine, dit, M. Monlau, de consulter ce qui se passe dans les armées, dans les hôpitaux, dans toute masse d'hommes envahie par le choléra, et, l'on trouvera une foule d'exceptions d'assez grand poids pour contrebalancer la règle. Le rapport a bien prévu ces exceptions, mais il les tourne tout simplement à son profit en affirmant que ces exceptions ne sont que des confirmations de sa règle de proportionnalité. Si par exemple, tel individu

anémique, nerveux, valétudinaire, d'une misère physiologique incontestable est respecté, et, tel autre individu vigoureux est frappé, au lieu d'avouer franchement que la résistance aux contages ou aux miasmes spécifiques ne se mesure nullement par la résistance vitale, on affirme que l'exténuation n'est pas l'exténuation, que la vigueur n'est pas la vigueur, et, que les athlètes et les hommes vigoureux ne sont en définitive que des *phénomènes mal équilibrés*.

Théoriquement parlant, poursuit M. Monlau, il paraît que pour les individus affaiblis par les infirmités et la misère, il y a une chance fatale d'intoxication cholérique: l'expérience, néanmoins, ne confirme pas toujours cette prévision. Dans les armées, en effet, on voit souvent frappés mortellement par le choléra des soldats jennes et pleins de force, et à Paris on constata que le choléra de 1849 fit beaucoup moins de ravage dans les quartiers S^t^-Louis Popincourt et faubourg S^t^-Antonie que dans les quartiers riches. Les faits analogues sont, dit M. Monlau, assez nombreux, et voilà pourquoi dans la dernière séance, il s'est permis d'appeler l'attention de la Conférence sur les causes adjuvantes. M. Monlau qui admet l'influence fâcheuse de ces causes adjuvantes, estime, qu'il serait très-intéressant d'en déterminer avec quelque précision le degré et les conditions.

La véritable *immunité* dans la doctrine des maladies transmissibles, consiste, d'après M Monlau, dans l'*immunité* acquise par l'effet de l'inoculation: ou bien elle serait le résultat de la maladie déjà subie, car, les *maladies contagieuses n'attaquent*, à son avis, *qu'une seule fois dans la vie*. Les individus qui sont sortis victorieux, acquièrent donc une *immunité* qui a quelque chose de réel. Mais cette immunité, fait observer M. Monlau, dont on a fait une loi, a néanmoins ses exceptions, même pour les maladies contagieuses fébriles, comme la variole, etc., dans lesquelles l'exemption de toute invasion ultérieure est plus constante. Mais qu'on admette même pour le choléra, ajoute M. Monlau, les bienfaits de l'*immunité* réelle, et l'exemption absolue de ceux qui ont triomphé d'une première atteinte, on ne pourrait pas admettre qu'à côté de cette immunité qui est le propre des maladies transmissibles, et dont, malgré cette circonstance, pas un seul mot n'y est dit dans le rapport, figurât, la pseudo immunité des simples épidémies. Dans les foyers miasmatiques ordinaires, c'est-à-dire diffus et permanents, il arrive à certains individus et dans certaines circonstances, de s'habituer, de s'acclimater plus ou moins

lentement, mais ce n'est plus la même chose à l'endroit du principe infectant du choléra, qui tout en admettant qu'il ait l'air pour excipient, n'agit qu'à une distance très-rapprochée du foyer d'émission. Le fait, d'avoir séjourné sans aucune altération de la santé, pendant une semaine ou deux dans un lieu infecté du choléra, n'implique nullement l'immunité ; l'individu resté indemne doit ce bonheur à ce qu'il s'est maintenu isolé, ou à sa *non réceptivité*, ou à ce que sa réceptivité n'a pas été mise à l'épreuve. Loin d'avoir acquis l'immunité par le séjour de quelques semaines, terme insuffisant dans une localité atteinte, ces individus ne sont que trop souvent les agents de l'importation et de la propagation de la maladie. Quand le choléra éclate dans un navire parti d'un lieu infecté, par exemple, c'est toujours, dit M. Monlau, par ces individus censés immunes que le ravage commence. Eh bien, poursuit-il, cette immunité imaginaire qui, d'après le texte même du rapport, n'est *jamais une garantie pour* l'avenir, cette immunité joue, cependant, un rôle immense dans la doctrine qu'on soumet à la sanction de la Conférence. C'est elle qui dans les navires et dans les lazarets, dans les pèlerinages et dans les armées amortit rapidement la transmissibilité du choléra, c'est elle, enfin qui fait cesser toute transmissibilité dans les populations par l'*immunisation* pour ainsi dire, de tous les survivants en masse. L'on admet bien, dit M. Monlau, la transmissibilité mais on l'entoure de tant d'obstacles et on lui trouve tant de correctifs, qu'en vérité, on est tenté de croire qu'il n'y a pas lieu de se préoccuper sérieusement des effets d'une invasion cholérique.

Les considérations qu'il vient de faire au sujet de l'immunité des individus, s'appliquent, ajoute M. Monlau, aux localités, qui ne sont que des individualités collectives. M. Monlau cite comme exemple la grande invasion cholérique de 1855 et 56 qui se propagea, sans exception, à toutes les provinces de l'Espagne. Sur un total de 20 mille communes il y a eu 5,336 localités atteintes. C'est-à dire les 3/4 du nombre total restèrent tout-à-fait indemnes malgré une importation fort probable. Pourquoi, se demande M. Monlau, restèrent-elles indemnes? Par la même raison, pense-t-il, que la ville de Lyon, en dépit de causes adjuvantes, se montra réfractaire à la plupart des importations : parce qu'il y a une réceptivité locale spécifique comme il y a une réceptivité individuelle.

En résumé, dit M. Monlau en finissant, la théorie de l'immunité telle qu'elle est exposée et appliquée dans le rapport de la Commission, répond

à la doctrine *épidémiciste* plutôt qu'à la transmissibilité, que tous les membres de la Conférence ont admise. Comme conclusion, M. Monlau, émet l'avis qu'il est inutile et même dangereux pour la prophylaxie du choléra, d'invoquer à tout moment les *milieux*, *l'influence*, *l'évolution fatale*, les *phases*, les *périodes*, les *foyers* et tout l'attirail *technique* de l'étiologie épidémiste. En conséquence il s'abstiendra, dit-il, de prendre part au vote de cette conclusion, de même qu'il s'était abstenu en Commission.

M. Pelikan dit que tout en acceptant la conclusion du rapport dans le fond, il s'est abstenu en Commission de voter, parce qu'il ne partage pas la manière d'expliquer *l'indemnité individuelle* par la *résistance vitale*, ainsi que la *prédisposition au choléra* par la *diminution* de la *force vitale* (ou de la *vitalité*.) Selon M. Pelikan on aurait dû, au moins, mentionner quelles sont les conditions prédisposantes qui tiennent à une lésion purement locale, comme par exemple, des affections catarrhales des voies digestives, etc.

M. de Lallemand exprime son étonnement à propos de l'antithèse perpétuelle mise en avant par M. Monlau entre épidémicité et transmissibilité.

M. de Lallemand avoue ne pas voir une pareille antithèse dans le rapport. Bien qu'il ne soit pas médecin, M. de Lallemand ne peut pas admettre la doctrine de M. Monlau relativement à la résistance vitale, ni accepter les arguments dont il se sert pour combattre celle qui est expliquée dans le rapport. D'après M. de Lallemand l'*immunité* dont parle le rapport pourrait être temporaire ou permanente: cette immunité, s'il a bien compris le rapport, résulterait de l'ensemble des forces qui s'opposent à contracter le choléra où à succomber si on est atteint. M. de Lallemand pense que l'on ne doit pas chercher des lois là où le rapporteur n'a fait qu'exposer des faits: c'est sur des faits connus, que la Commission a établi l'*immunité* à l'égard du choléra.

M. Polak déclare accepter et le texte et la conclusion de ce chapitre, mais il voudrait que l'on supprimât toute la phrase qui termine par les mots: « ces colosses ne sont, en définitive, que des phénomènes mal équilibrés. »

M. Bykow demande la parole pour faire une petite observation sur la phrase suivante: *mais le choléra ne remonte pas plus haut*, c'est à-dire de 6,000 pieds au dessus du niveau de la mer. Cette phrase, à son avis, est exprimée de manière à laisser supposer que c'est la Conférence qui émet cette opinion. M. Bykow voudrait qu'on y ajoutât le mot *en Perse* pour lui

donner sa juste valeur, car il est connu que le choléra peut remonter plus haut et que en 1846 par exemple pour passer de Tiflis à Stavropol il a traversé la chaîne du Caucase, sur un point qui se trouve à 7,000 pieds au dessus du niveau de la mer.

M. Stenersen fait remarquer que dans le texte du chapitre 27 la Commission a développé la thèse que *l'immunité* contre le choléra est *proportionnée* à la *résistance vitale des individus* et qu'elle est variable comme elle, c'est-à-dire à la résistance vitale en général, à la vigueur avec laquelle les forces intérieures d'un individu dans leur ensemble, résistent contre la mort sous quelque forme qu'elle se présente. Ceci, dit M. Stenersen, est une thèse de grande importance et qui mérite, si elle est juste, d'être nettement énoncée dans la conclusion. Mais cela n'a pas lieu, et, dans la conclusion, la Commission dit, *immunité*, qui atteste la résistance individuelle au principe toxique: ce qui est, selon M. Stenersen, une tautologie qui n'éclaire rien. C'est tout-à-fait, pense-t-il, comme si on disait, l'immunité des individus contre le choléra atteste l'immunité des individus contre le choléra.. La Commission a dit exactement la même chose en termes différents. D'un autre côté, continue M. Stenersen, la Commission a ajouté que cette immunité individuelle est une circonstance dont il faut tenir le plus grand compte. Il était tout-à-fait inutile de le dire, selon M.Stenersen, parce que le fait que la plupart des habitants d'un lieu où règne le choléra résistent à la maladie est un fait trop important pour qu'on puisse l'oublier. Donc, conclut M. Stenersen, pour écarter de la conclusion, d'un côté, une phrase inutile, et pour y établir, d'un autre côté, la thèse scientifique, énoncée dans le texte, par rapport à l'immunité individuelle, il propose de modifier la 2^{me} et la 3^{me} partie de la conclusion de la manière suivante :

« De même l'immunité plus ou moins complète et plus ou moins durable dont jouissent le plus grand nombre des personnes placées dans un foyer cholérique, immunité proportionnée à la résistance vitale des individus, est, au point de vue épidémique, le correctif de la transmissibilité, et, sous le rapport de la prophylaxie, elle met sur la voie des moyens propres à restreindre les ravages de la maladie. »

M. Mühlig adresse à M. Monlau quelques observations touchant son opposition à l'égard d'une vérité admise par tous les médecins. C'est un fait constant, dit-il, qu'une ville qui a été visitée par une épidémie jouit ensuite d'une espèce d'immunité par rapport à cette-même épidémie. Cela est

tellement vrai qu'en Allemagne il y a une expression vulgaire pour désigner cette immunité acquise. On dit qu'une ville, une localité est *épidémisée, cholérisée*. M. Mühlig est persuadé que M. Monlau n'ignore pas cela. Quant à la résistance vitale elle s'explique, selon M. Mühlig, par ce fait que dans une épidémie les classes pauvres sont beaucoup plus éprouvées, l'épidémie fait plus de ravages sur elles, bien qu'il y ait des personnes robustes, que sur la classe aisée, riche. Les personnes qui sont dans l'aisance se garantissent mieux : voilà, dans quel sens il faut entendre la résistance vitale. M. Mühlig conclut que le rapport a raison.

M. Monlau réplique qu'il ne combat pas le fait, qu'il l'admet, il n'attaque que l'interprétation qu'on lui donne. Si une ville qui a été éprouvée par l'épidémie jouit d'une espèce d'immunité, c'est pour la raison, dit-il, que tous ceux qui étaient prédisposés à contracter la maladie ont succombé. Sur qui donc, se demande M. Monlau, la maladie pourrait-elle s'exercer ? Il admet aussi l'influence de la pauvreté, avec cette différence, qu'il voudrait que l'on déterminât le degré de cette influence par des statistiques exactes comprenant tous les faits en détail. Si on possédait, ajoute M. Monlau, de pareilles statistiques on constaterait, pour sûr, que les riches sont ordinairement moins bien traités par la maladie qu'on ne le pense ; tandis que la misère avec ses conséquences désastreuses si avantageuses par rapport à l'épidémie, ne se trouve pas toujours dans les tristes conditions qu'on lui attribue. Cette exagération de la triste influence de la misère se trouve, selon M. Monlau, dans le rapport.

M. Bosi est d'avis que M. Monlau fait à la Commission une critique injuste en disant qu'elle accorde trop à *l'épidémicité* et très peu à la *transmissibilité* du choléra. Cette transmissibilité, dit M. Bosi, ayant été préalablement admise par toute la Commission et par la Conférence elle-même, il ne restait à la Commission que d'indiquer dans son rapport les correctifs, ceux que l'histoire signale comme les plus efficaces, et sur ces correctifs, la Commission a fondé la doctrine de l'immunité (des individus, des localités, etc.) Ce n'est pas à vrai dire la Commission, ajoute M. Bosi, qui a érigé cette doctrine, grâce à laquelle on peut parvenir à établir des mesures pratiques et efficaces. Elle n'a fait qu'adhérer à celle de Pettenkofer.

Maintenant, dit M. Bosi, cette résistance vitale dont on parle dans les ouvrages sous d'autres dénominations, celles par exemple *de manque de disposition à contracter telle ou telle maladie : d'individus qui ne sont pas prédisposés*,

etc., etc., en quoi consiste-t-elle? Il faut avouer, conclut M. Bosi, qu'on ne sait rien de positif là-dessus, mais le fait n'existe pas moins pour cela.

M. Monlau persiste à croire que le mot immunité est une expression mal choisie: impropre, et on devrait la remplacer par le mot *non réceptivité*. De la vraie immunité, dit-il, il n'est pas question dans le rapport, où immunité et épidémicité sont confondues et traitées sans aucun ordre logique.

Si tous les Délégués, dit M. Fauvel, avaient assisté aux séances de la Commission et avaient suivi la discussion du rapport, il serait aujourd'hui superflu de répondre à M. Monlau qui y avait dit tout cela et dont les objections, par M. Fauvel lui-même et d'autres avaient réfutées.

M. Monlau parle, selon M. Fauvel, à un point de vue résultant d'une méthode scientifique qui lui appartient presque en propre, et qui diffère de celle des autres. En un mot il est dogmatique : il prend une vérité, la transmissibilité, par exemple: là-dessus il forge ses arguments et bâtit sa théorie. Tout argument dont il ne peut pas se servir reste pour lui douteux, tout autre raisonnement que le sien est fautif. On raisonnait, dit M. Fauvel, de la sorte au moyen âge, alors qu'étalaient leur doctrine les scolastiques et M. Monlau voudrait nous ramener à cette époque. Malheureusement pour nous, dit M. Fauvel, ne partageant pas sa manière de philosopher, nous ne pouvons pas souscrire à ses raisonnements. Nous appartenons,dit-il,à l'école, et à la science moderne qui procèdent des faits pour déduire des lois, non pas, bien entendu, des lois immuables et permanentes, mais des lois en harmonie avec les faits connus. Donc, sa logique n'est pas la nôtre. D'après M. Monlau, quand nous parlons d'immunité, nous établissons un dogme, nous avons beau lui dire que pour nous ce n'est qu'une simple déduction déduite à posteriori, il se refuse de nous accorder cela. Nous disons: tels individus ont joui d'*immunité* parce qu'ils n'ont pas succombé : M. Monlau nous fait là-dessus une question de mots, et il en résulte qu'il ne nous comprend pas, et que nous comprenons peu ce qu'il veut soutenir. En outre,poursuit M.Fauvel, la statistique, selon M. Monlau, devrait constater et démontrer tout cela. Eh bien, nous lui répondons, les statistiques qu'il invoque existent, pourquoi M. Monlau fait-il semblant de les ignorer? Nous craignons, que si nous les lui présentions, il ne les admettrait pas. M. Monlau cite le fait de Paris où dans

l'épidémie de 1849, les riches, selon lui, ont souffert plus que les pauvres. M. Monlau se trompe, les statistiques démontrent tout le contraire. Mais M. Monlau qui appelle le témoignage des statistiques, néglige de les consulter.

A croire M. Monlau, nous faisons, conclut M. Fauvel, de l'immunité une théorie. Non, encore une fois, nous n'avons jamais pensé à cela. En outre, il n'est pas exact de dire que la commission ne s'est pas occupée de l'immunité relative aux individus qui ont subi l'influence de la maladie, ce qui, selon M. Monlau, constitue la vraie immunité. Dans le rapport, dit M. Fauvel, il est question de cette immunité.

M. Fauvel continue, après cela, à réfuter les objections présentées par d'autres délégués. Dans le rapport même, dit-il, on trouverait la réponse des objections faites par M. Pélikan. C'est à tort qu'il reproche à la commission d'avoir omis de mentionner les conditions prédisposantes qui neutralisent les effets de la résistance vitale, car cela ressort très-clairement de plusieurs passages du rapport.

A M. Stenersen qui combat la conclusion du chapitre 27, M. Fauvel tâche de démontrer qu'il n'a pas bien saisi le sens du rapport et qu'il n'a pas bien compris cette même conclusion. S'il en était autrement, dit M. Fauvel, il n'aurait pas fait pareilles objections. Son erreur vient d'un rapprochement inexact entre la résistance individuelle et la résistance vitale sur le compte de laquelle la commission a établi des exceptions.

Dans la conclusion, dit M. Fauvel, il est parlé de la résistance individuelle qui repose sur d'autres conditions. M. Stenersen demande qu'on supprime un membre de la phrase de la conclusion, mais il ne s'aperçoit pas que cela faisant, la conclusion n'aurait plus de sens et on fait ressortir la raison de cela dans la conclusion même : Toute la valeur de l'idée de la conclusion serait détruite dit M Fauvel si on supprimait tout ce qui se réfère à la prophylaxie, car c'est uniquement à ce point de vue qu'il faut considérer la conclusion. En outre, il aurait dû faire connaître les motifs qui l'ont décidé à demander cette suppression.

Les dogmes, réplique M. Monlau, sont le résultat des faits, et la science moderne à cet égard repose sur les mêmes lois établies par Aristote et plus tard par Bacon. Les lois ne peuvent qu'être immuables, par conséquent, tout l'échafaudage scientifique de M. Fauvel repose sur un terrain si peu solide que la vraie philosophie, ancienne ou moderne, n'au-

rait pas de peine à faire écrouler. C'est pourquoi M. Monlau n'entend pas le suivre dans ses doctrines philosophiques. Mais il ne peut pas, laisser passer sans réponse les affirmations de M. Fauvel touchant les statistiques. M. Monlau déclare en être au courant, il ne les néglige pas à dessein comme on voudrait le faire croire et encore moins il les ignore. Mais il ne se contente pas de toute statistique, et il exige que l'on se base sur des statistiques exactes et dressées d'après la méthode philosophique. Alors seulement elles auraient la valeur nécessaire.

L'intention de M. Monlau n'a pas été de nier l'influence de la pauvreté: cette influence il la reconnaît comme un puissant auxiliaire de l'épidémie, et M. Fauvel a tort de lui faire dire le contra ire, mais cette triste et fâcheuse influence, dit-il, doit être bien déterm inée par des statistiques complètes et irréprochables. Quant à l'épidémie de Paris de 1849, c'est dans des ouvrages qui en parlent qu'il a ext rait la circonstance qu'il a mentionnée, c'est-à-dire que la classe riche a souffert plus que la classe pauvre.

M. Stenersen fait observer à M. Fauvel qu'il a parfaitement compris la conclusion et c'est pour l'avoir bien comprise qu'il a demandé la suppression d'un membre de phrase inutile. M.Stenersen persiste à croire que c'est une superfluité que de dire qu'il faut tenir le plus grand compte de l'immunité individuelle. Il n'a pas manqué, dit-il, de donner les raisons qui l'ont induit à demander et cette suppression et la modification des deux parties de la conclusion.

M Sawas reprenant la thèse soutenue par M. Monlau s'exprime à peu près en ces termes :

La transmissibilité du choléra n'est pas, dit-il, le dogme de M. Monlau, comme on voudrait le faire croire. C'est une vérité admise par la Conférence, proclamée par tous ses membres et dont M. Monlau n'est pas plus responsable que tous les autres membres de la conférence.

M. Fauvel a soutenu, continue M. Sawas, que c'est la doctrine du moyen âge que M. Monlau professe. C'est vouloir dire qu'il raisonne à *priori*. Si cela est, M. Monlau ne raisonne pas autrement que M. Fauvel lui-même qui cherche à expliquer un fait, admis par tous, par *l'épidémie* tandis que M. Monlau l'explique par la *transmission*.

Tant l'un que l'autre admettent le même fait, fait qui est d'ailleurs accepté par tous les membres de la Conférence, à savoir, que les individus qui

ont, pendant quelque temps, séjourné dans un milieu cholérique sont moins aptes à contracter la maladie que ceux qui n'ont pas subi l'influence du voisinage des cholériques. Mais d'accord sur ce point, ils diffèrent, dit M. Sawas, par rapport à la manière d'expliquer le fait. M. Sawas croit que si la Conférence sanctionnait l'interprétation donnée par M. Fauvel, ce qu'il ne voudrait pas l'engager à faire, elle se mettrait en contradiction avec elle-même, car elle a admis comme un fait incontestable la transmissibilité du choléra et sur ce fait repose toute la doctrine de M. Monlau, donc, son interprétation est conforme aux vues de la Conférence, et elle devrait être préférée même si elle n'était pas la plus vraie. D'autant plus que cette théorie ne présente,au point de vue pratique, aucune difficulté Mais il n'en serait plus de même de l'interprétation de M Fauvel. Dernièrement, dit M. Sawas, dans la séance de la seconde Commission du 3me groupe, on a dû s'arrêter et refléchir beaucoup sur l'*immunité* qu'acquiert l'équipage d'un navire à bord duquel a régné une grave épidémie cholérique.

M. Sawas est d'avis que la Conférence doit se borner à constater le fait de l'immunité sans chercher à l'expliquer, ce qu'elle ne pourrait faire que par des hypothèses plus ou moins hasardées et nuisibles dans la pratique.

Vient après cela, dit M. Sawas, la question de la résistance vitale. Il est d'avis que pour comprendre cette expression, il ne suffit plus de remonter au moyen-âge, mais il faudrait remonter jusqu'aux temps fabuleux de la médecine. Quand on parle de *résistance vitale*, pourquoi ne parlerait-on pas de même, se demande M.Sawas, de *force vitale*, de *feu inné* et d'autres expressions analogues? Ce sont autant de pièces de monnaie qui n'ont plus cours et qu'ont éliminées de la circulation les adeptes de la science moderne. L'expression, poursuit M. Sawas,*résistance vitale*,est,d'ailleurs,inadmissible dans un rapport comme celui de la Commission,parce qu'elle pourrait donner lieu à des interprétations de la nature de celle de M. Stenersen, qui avec beaucoup de raison a demandé si par ce mot nous voulons désigner une qualité spéciale inhérente à l'homme, ou bien cette force occulte qui lutte contre la maladie. C'est le *quid divinum* des anciens, dit M. Sawas, incompréhensible surtout pour ceux qui ne sont pas médecins. Mais nous médecins, dit-il,tâchons de comprendre cette expression et voyons si cette résistance peut nous servir à quelque chose. M. Sawas prétend que non, car elle manquerait de mesure. En effet, dit-il, comment s'y prendre pour l'évaluer, pour

apprécier cet antagonisme de la transmissibilité ? On prétend, ajoute M. Sawas, que le choléra sévit de préférence sur la classe pauvre parce que la résistance vitale de cette classe est minime. M. Monlau n'a pas eu tort, croit-il, de se prononcer contrairement à cette assertion, et il partage son opinion car il pense aussi qu'il serait erroné de supposer qu'un dandy efféminé puisse opposer au choléra une résistance vitale plus considérable qu'un robuste manoeuvre.

M. Sawas conclut que la science n'est pas encore en état de donner l'explication de pareils faits. Qu'on s'en abstienne donc : mieux vaut se déclarer ignorant sur certaines questions que d'induire en erreur, par excès de présomption. C'est pourquoi M. Sawas voudrait qu'on supprimât du chapitre qu'on discute toute explication forcée.

M. Fauvel prie M. le Secrétaire de noter que M. Sawas prête à la Commission des raisonnements qu'elle n'a jamais faits.

Sur l'avis de plusieurs délégués S. Exc. le Président met aux voix le texte du chapitre 27.

Il est adopté à la majorité de 22 voix contre 0 et deux abstentions, celles de M. Monlau et Stenersen.

Ont voté pour :

MM. Polak, de Noidans, Segovia, Spadaro, de Lallemand, Fauvel, Goodeve, Dickson, Kalergi, Maccas, Bosi, Vernoni, Keun, Millingen, Gomez, Testa, Mühlig, Lenz, Bykow, Hübsch, Salem-bey, S. Exc. Salih effendi (22).

Ont voté contre :

M. Sawas.

S Exc. le Président met aux voix la conclusion du chap. 27. Elle est adoptée à la majorité de 21 voix, contre 1 et trois abstentions.

Ont voté pour: tous les précédents excepté M. Maccas qui s'est abstenu.

Ont voté contre :

M. Sawas.

Se sont abstenus de voter.

MM. Monlau, Maccas, Stenersen.

M. Fauvel donne lecture du texte et de la conclusion du chapitre 28.

Le texte et la conclusion sont mis aux voix et adoptés à la majorité de 25 voix contre 0 et une abstention, celle de M. Goodeve.

Ont voté pour :

M. Vetsera, Polak, de Noidans, Segovia, Monlau, Spadaro, de Lallemand,

Fauvel, Dickson, Kalergi, Maccas, Bosi, Vernoni, Keun, Millingen, Sawas, Gomez, Testa, Mühlig, Lenz, Bykow, Hübsch, Stenersen, Bartoletti, S.Exc. Salih effendi.

M. Fauvel donne lecture du texte du chap. 29. Il fait remarquer que ce chapitre n'a sa conclusion que plus loin.

M. Bykow demande la parole pour citer un fait qui vient à l'appui de la conclusion de ce chapitre, et qui prouve que l'atmosphère cholérique qui entoure un foyer d'infection assez intense, ne se propage pas au delà de 85 mètres (40 satcheni). Ce fait, dit-il, se rattache à l'histoire de l'épidémie du choléra qui a régné à Orembourg en 1829. Pendant qu'une épidémie violente sévissait dans un des villages tatares de la province d'Orembourg nommé Karamala (où du 10 au 20 décembre sur une population de 145 personnes. 41 personnes tombèrent malades dont 20 succombèrent) un autre village habité par des paysans russes et éloigné du premier de 85 mètres, au premier avis de l'apparition du choléra à Karamala se séquestra rigoureusement et interrompit toute communication avec ce dernier village. Cette mesure, prise en temps opportun, préserva le village russe de l'invasion de la maladie, ce qui certes, croit M. Bykow, n'aurait pas eu lieu dans le cas où le principe cholérique eût pu se transporter par l'intermédiaire de l'atmosphère à la distance de 85 mètres.

Ce fait, dit M. Bykow, est authentique et se trouve inséré dans le rapport du gouverneur militaire d'Orembourg concernant la marche de l'épidémie en cette ville en 1829 et 30.

M. Fauvel donne lecture du titre et de la conclusion du chap. 30.

M. Goodeve fait une réserve concernant le passage de la conclusion où il est question de la distance à laquelle s'opère la transmission du choléra par l'atmosphère. Il voudrait qu'on ne précisât pas comme on l'a fait, que cette distance est dans l'immense majorité des cas, très-rapprochée du foyer d'émission.

Son Exc. le Président met aux voix les chapitres 29 et 30, texte et conclusion.

Ils sont adoptés à la majorité de 24 voix 0 contre et une abstention, celle de M. Sawas, M. Goodeve maintient sa réserve.

Ont voté pour :

MM. Vetsera, Polak, de Noidans, de Segovia, Monlau, Spadaro, de Lallemand, Fauvel, Dickson, Kalergi, Maccas, Bosi, Vernoni, Keun, Millingen,

Gomez, Testa, Mühlig, Lenz, Bykow, Hübsch, Stenersen, Bartoletti, S. Exc. Salih-effendi.

M. Fauvel donne lecture du texte et de la conclusion du chap. 31.

M. Monlau déclare qu'il adhère à la conclusion, sauf une petite réserve. Il croit qu'il serait bien de dire que si rien ne démontre la pénétration du poison cholérique par la peau, rien ne démontre non plus l'innocuité des particules organiques provenant soit de la peau, soit de l'appareil respiratoire du cholérique.

Le chap, 31 et sa conclusion, sont adoptés à l'unanimité des voix.

Ont voté pour,—tous les précédents; M. Goodeve et Sawas y compris.

M. Fauvel donne lecture du texte et de la conclusion du chap. 32.

M. Monlau fait observer que bien qu'il soit avéré que la matière des déjections constitue le principal véhicule, il serait toutefois prudent de faire comprendre que si les déjections cholériques sont le réceptacle principal, elles ne sont pas l'unique réceptacle de l'agent morbifique, et il faudrait aussi faire comprendre qu'un cholérique exhale de toute la surface de son corps, de même qu'il épanche sur toutes ses surfaces d'excrétion, des émanations capables de contenir le germe reproducteur de la maladie.

S. Exc. le Président met aux voix le texte et la conclusion du chap. 32.

Ils sont adoptés à l'unanimité des voix: ont voté pour tous les précédents M. Monlau y compris. Salem bey a voté à la place de M. Bartoletti.

M. Fauvel donne lecture du titre du chap. 32, et de ses conclusions.

M. Bykow communique deux faits qui démontrent, malgré leur manque de détails et de précision, que le principe cholérique peut se conserver longtemps à l'état latent. Ces deux faits, dit il, ont été observés en Russie pendant l'épidémie de 1830—31, et se trouvent mentionnés dans un traité composé par les membres de la Commission nommée *ad hoc* et publié à S^{t}-Petersbourg par le département médical du ministère de l'intérieur(1831.)

Pour le premier cas il y est dit: que le principe cholérique s'est conservé plus d'un mois à l'état latent dans des fourrures de mouton renfermées dans un coffre (page 76).

Le second fait est relatif à un soldat mort immédiatement après son installation dans une chaumière dont les propriétaires étaient morts de choléra un mois avant, laquelle, après avoir été vidée de tout ce qu'elle renfermait, resta inhabitée jusqu'à l'installation du soldat (page 78).

M. Mühlig déclare qu'il considère la 2^{me} conclusion du 31 chapitre non

seulement comme hasardée mais aussi comme dangereuse. Il votera contre comme il a fait en Commission pour les raisons qu'il va exposer, et, qu'il croit surtout nécessaire de soumettre à ceux des délégués qui n'ayant pas assisté aux séances de la Commission ont besoin de certain détails pour bien comprendre la question.

Pendant toute épidémie cholérique, dit M. Mühlig, un très-grand nombre de personnes souffre de diarrhée, or, on sait aujourd'hui que ces diarrhées qui sont sous la dépendance de la même influence épidémique que les attaques de choléra confirmé, ne sont, en définitive, que des cas de choléra léger, des formes de la même maladie en diminutif; à ces cas on a consacré la dénomination de *diarrhée cholérique,choléra diarrhoe* des Allemands, le nom de diarrhée prémonitoire, *vorboten diarrhoe*, s'appliquant plutôt aux cas où cette diarrhée est suivie d'une attaque de choléra confirmé. Mais ainsi qu'une personne, continue M. Mühlig, atteinte de petite-vérole très-bénigne peut transmettre à d'autres cette même maladie dans sa forme la plus grave, de même un individu souffrant d'une simple diarrhée cholérique peut communiquer à d'autres le choléra confirmé. Qu'on ajoute à cela, que, par une raison très simple, la propagation du choléra au loin, a lieu précisément moyennant des individus affectés de diarrhée cholérique qui se déplacent et voyagent, et, non pas par de vrais cholériques, et on comprendra quel rôle important revient à la diarrhée cholérique sous le rapport pratique de la prophylaxie. Si l'on considère maintenant, poursuit M. Mühlig, que la diarrhée cholérique n'offre point de caractères pathognomoniques suffisants pour que l'on puisse la distinguer d'une simple diarrhée, on conçoit facilement que tout individu venant d'un foyer cholérique et affecté de diarrhée, doit être considéré comme suspect au plus haut degré: on conçoit aussi, combien il serait important de bien préciser pendant combien de temps un individu doit être regardé comme dangereux, en d'autres termes,quelle pourrait être la durée possible d'une diarrhée cholérique. Or, voyons, dit M. Mühlig, ce que l'expérience avant tout nous apprend à ce sujet. Tout médecin qui a observé un grand nombre des malades pendant une épidémie cholérique, a pu faire l'observation que les attaques du choléra confirmé ne sont précédées de la diarrhée dite prémonitoire que de quelques jours le plus souvent, ou même de quelques heures. Sur ce point, M. Mühlig se range à l'avis de la majorité. Le médecin constatera en même temps que plus l'at-

taque est grave, plus la durée de la diarrhée prémonitoire a été courte, ainsi dans les cas dits foudroyants, elle est à peine de quelques heures : d'un autre côté, plus la diarrhée se prolonge, moins une attaque sérieuse est à craindre. On voit donc, continue M. Mühlig pendant les épidémies des cas de diarrhée qui ne disparaissent que pour se transformer, au bout de quelques jours, en choléra confirmé, et d'autres non moins nombreuses et reconnaissant la même cause, qu'avec une ténacité remarquable se prolongent au delà de 8 et même de 15 jours.

La majorité de la Commission, dit M. Mühlig, n'a pas été embarrassée pour les cas de cette dernière catégorie. Elle s'est dit que toute diarrhée se prolongeant au delà de huit jours, terme par elle fixée aux diarrhées prémonitoires ou cholériques, sans que le choléra confirmé survienne, doit être considérée comme diarrhée bilieuse. Mais il avait objecté que ces diarrhées qui se sont développées sous la même influence épidémique qui a engendré les diarrhées prémonitoires légitimes à courte durée, d'après la pensée de la Commission, sont de la même nature que celles qui durent plus longtemps et qu'elles doivent être considérées toutes sans exception suspectes, sans exclure pour cela qu'il puisse y avoir des diarrhées simples non cholériques. Cela admis, dit M. Mühlig, plus leur durée est longue, plus leur ténacité est grande et plus elles seront à redouter. Selon lui, l'expérience a démontré que les diarrhées à courte durée et qui cèdent facilement au traitement dirigé contre elles, sont souvent des diarrhées simples, non spécifiques. A cela, ajoute M. Mühlig, la majorité de la Commission a répondu que tout en admettant qu'une diarrhée cholérique puisse durer plus de huit jours, cela ne peut avoir lieu que si l'individu atteint continue à séjourner dans le foyer, mais que cette diarrhée cesserait bientôt si l'individu s'en éloignait. Et elle a eu soin d'ajouter que toutes les diarrhées qui règnent en temps de choléra ne sont pas des diarrhées cholériques. Voilà encore, fait observer M. Mühlig, une sentence dogmatique, une hypothèse plus ou moins probable qui ne repose sur aucun fait : au contraire, le fait bien observé tant par M. Mühlig que par des hommes qui font autorité, tels que Griesinger et autres, est que les diarrhées cholériques se distinguent par leur ténacité et durent assez souvent au delà de 8 jours. Selon M. Mühlig, l'hypothèse concernant les diarrhées qui cessent d'être suspectes dès que l'individu se soustrait à l'influence du foyer cholérique, cette hypothèse gratuite serait contredite par le fait de l'immunité acquise, fait admis par la Commission,

immunité qui se présente, sauf quelques exceptions, à la suite d'une première intoxication.

A l'appui de sa manière de voir M. Mühlig cite des faits assez nombreux où le choléra ne s'est manifesté chez des individus venant d'un foyer cholérique que deux semaines, et, même plus, après qu'ils aient quitté la localité contaminée ; ainsi, dit il, pour ne citer qu'un exemple tiré de la dernière épidémie, le choléra n'a éclaté à bord du *Renown*, parti de Gibraltar avec des troupes, que le 13^{me} jour du départ ; il est vrai, ajoute M. Mühlig, que plusieurs de ces faits sont susceptibles de différentes interprétations, toutefois, ils démontrent la possibilité d'une plus longue durée de la diarrhée prémonitoire.

En résumé, dit M. Mühlig, on peut établir que, dans le cas d'intoxication cholérique l'attaque du choléra confirmé survient en général après une diarrhée spécifique de quelques jours de durée au plus ; mais, si au bout de ce terme l'attaque ne survient pas, la diarrhée peut néanmoins continuer sans perdre, pour cela, son caractère spécifique.

Par conséquent, M. Mühlig propose de rédiger la conclusion de la manière suivante :

« L'observation montre que la durée de la diarrhée cholérique, qu'on ne peut pas distinguer toujours des diarrhées non cholériques qui peuvent se présenter en temps de choléra, ne dépasse pas, en général, quelques jours, ordinairement de 8 à 10 : pourtant il y a des cas où les diarrhées cholériques sont plus tenaces sans que l'observation ait encore démontré qu'il en serait autrement si les personnes atteintes quittaient le foyer cholérique. »

M. Gomez est d'avis que la diarrhée cholérique qu'on a pu, sous le nom de diarrhée prémonitoire, confondre avec celle qui forme la première période du choléra grave, ne dépasse, le plus souvent, quelques jours. Il croit cependant qu'il y a des faits bien constatés qui prouvent que cette diarrhée peut durer au delà de huit jours avec toute sa nature infectieuse et se maintenir capable de transmettre la maladie cholérique.

Pour ce qui est de la seconde conclusion de ce chapitre M. Bykow dit que sans avoir l'idée d'entrer dans des spéculations théoriques sur le diagnostic différentiel de la diarrhée cholérique, il se bornera à présenter quelques données statistiques qui viennent à l'appui de la seconde partie de la conclusion.

Pendant l'épidémie de Paris du 1853 et 54 sur 4,740 malades venus du dehors, 4 539 avouèrent avoir eu la diarrhée avant leur admission à l'hôpital. De ces derniers, 2,491 avaient souffert de la diarrhée comme il suit: 523 (un jour) 1635 (de 3 à 7 jours), 233 (dix jours) voir Boudin, géographie médicale.

En outre, ajoute M. Bykow, M. Michel Levy avait en 1832 soumis à une observation attentive 142 sujets entrés à l'hôpital du Val de Grâce. Sur 95 la diarrhée prémonitoire avait duré de 2 à 4 jours, chez 31 autres les prodromes avaient affecté des formes diverses mais toujours correspondantes à des troubles digestifs et nerveux.

Le rapport du Conseil général de Santé de Londres, poursuit M Bykow, publié en 1850, dit à ce sujet. Dans une circonstance on rechercha minutieusement les premiers symptômes de 500 cas de choléra et l'on trouva que presque tous avaient été précédés de diarrhée qui dura de 10 à 12 jours.

Il en résulte donc, selon M. Bykow, que dans 3,086 cas, la diarrhée prémonitoire ne dura que de 1 à 10 jours, et, tout au plus, jusqu'à 12. De ces faits on ne pourrait tirer d'autre conclusion que celle du rapport.

M. Millingen après avoir recommandé de ne pas faire servir les faits à un parti pris mais de les interpréter d'après les données de l'expérience. s'exprime dans le sens de M. Mühlig dont il déclare accepter la doctrine et à l'appui de laquelle il cite de nouveaux exemples extraits de l'ouvrage de M. Levy et de la Clinique de Graves. Ce dernier cite une lettre adressée par le chirurgien du navire Angl. *Brutus* au Conseil de Santé de Liverpool. Dans cette lettre le chirurgien rend compte au Président du Conseil de Santé de l'apparition du choléra parmi les passagers 8 jours après le départ du *Brutus* de la Mersey. Il résulte de la déclaration qui accompagne cette lettre qu'à partir du 27 mai, époque à la quelle le premier cas eut lieu, jusqu'au 13 juin, jour du retour du navire à Liverpool, 117 cas se présentèrent, dont 81 furent mortels et 20 furent suivis de guérison.

M. Millingen extrait de l'ouvrage de M Michel Levy le fait suivant:

Sur 744 cholériques traités en 1854 dans l'hôpital sous tente près de Varna, 170 avaient, depuis plus de 15 jours, la diarrhée prémonitoire, avant qu'elle ne se transformât en choléra.

De même, dit M. Millingen à bord de la *Virginia* se rendant en 1866 de Liverpool (4 avril) à New-York 17 avril) le choléra éctata 8 jours après qu'elle avait quitté Liverpool, où aucun cas de choléra n'avait été signalé.

Le premier malade succomba quelques heures après avoir été pris de diarrhée. Pendant la traversée environ 200 personnes furent attaquées et il y eut 37 décès ; plusieurs avaient présenté les symptômes prémonitoires,

Le bateau à vapeur *England*, continue M. Millingen, se rendant de Liverpool à New-York par la voie d'Halifax, eut aussi le choléra, au dire de M. Bissell, huit jours après avoir quitté le port de Liverpool. Pendant la traversée plusieurs personnes succombèrent, et durant son séjour à Halifax 150 décès eurent lieu.

La même chose, dit M. Millingen, a été constatée à bord de 2 autres navires, l'*Helvetia* et l'*Atalanta*.

M. le Dr Pelikan fait observer que n'ayant pas assisté à la séance de la Commission dans laquelle on avait adopté ce chapitre, il n'était pas en état de se prononcer sur cette question, mais maintenant, ayant pu apprécier l'opinion de M. Mühlig, il déclare y adhérer complètement.

M. Salem bey de son côté déclare accepter la conclusion de la Commission, car elle est conforme, dit-il, aux données de l'expérience. L'observation a démontré que dans la majorité des cas la diarrhée cholérique ne dépasse pas quelques jours; le contraire, fait-il observer, est démenti par l'expérience. Les cas qu'on mentionne de diarrhée qui a duré longtemps conservant le caractère infectieux, sont d'abord, pense-t-il, exceptionnels, ensuite ils peuvent être diversement interprétés. C'est-à-dire qu'un sujet atteint de diarrhée bilieuse est plus que tout autre apte à contracter le choléra. Il serait contraire à la vérité, selon M. Salem bey, de prétendre d'expliquer autrement ce fait.

M. Bosi dit qu'il vient de nouveau à l'appui de la conclusion de la Commission parce que la diarrhée dite prémonitoire, celle qui précède le choléra, c'est-à-dire la diarrhée cholérique ne dépasse pas 3 et tout au plus 8 jours. Cette vérité est prouvée, d'après lui de la manière la plus formelle par des faits bien constatés pendant les épidémies. Il peut bien arriver, ajoute-t-il, que des diarrhées simples qui se prolongent au-delà d'une semaine soient suivies du choléra quand même les individus atteints aient été isolés de toute cause de contamination, mais ces faits, selon M. Bosi. ne sont pas si probants que l'on croit. Ils laisent subsister le doute que ces cas étaient étrangers au choléra, et que celui-ci serait intervenu plus tard.

M. Maccas voudrait que dans la première partie de la conclusion, qu'il

accepte, fût répété le nombre des jours au delà desquels la diarrhée dite prémonitoire ne dure pas. Il déclare en même temps qu'il n'adhère pas à la 2me partie de la conclusion.

M. Fauvel et Bosi font observer à M. Maccas que dans le texte de ce chapitre le nombre des jours étant fixé, il serait superflu de le répéter dans la conclusion.

M. Fauvel prend la parole pour réfuter en peu de mots, dit-il, les principales objections faites au chapitre qu'on discute.

M. Fauvel commence par rappeler que la deuxième partie de la conclusion que l'on combat n'est nullement affirmative, elle ne fait qu'exprimer un doute. Cette conclusion, dit-on, serait dangereuse, mais M. Fauvel se demande comment une conclusion dubitative pourrait être dangereuse, à moins qu'on ne veuille l'altérer, ou la dénaturer. Dans ce chapitre, continue M. Fauvel, il est dit, que rien ne prouve que les exemples sur lesquels on s'appuie ne soient des cas étrangers au choléra, etc. On voudrait que cette conclusion fût plus catégorique et on propose de mettre à la place d'un doute quelque chose de très-hasardé qui ne repose guère sur des faits bien constatés. On oublie que l'on est loin de posséder les éléments nécessaires pour se prononcer catégoriquement.

Ce point, fait observer M. Fauvel, est un point capital dans la pratique, car il pourrait arriver qu'un individu atteint de diarrhée, risquerait de rester pendant un temps indéfini soit dans un hôpital, soit dans un lazaret. M. Fauvel dit qu'il a très-attentivement suivi l'argumentation de M. Mühlig, mais il avoue que cette argumentation ne l'a pas satisfait. Il y a, dit M. Fauvel, pendant une épidémie des cas de diarrhée qui sont très-obstinés, et parce qu'elle dure longtemps on voudrait qu'elle fût considérée comme prodromique du choléra. A l'appui de cette opinion on cite Petenkoffer et Griesinger. M. Fauvel ne connaît qu'un seul cas qui soit favorable à cette doctrine. C'est le fait rapporté par Petenkoffer, et, ce cas même n'est que douteux. Mais y a t-il un moyen, se demande M. Fauvel, de différencier une diarrhée simple d'une diarrhée cholérique? Se baserait-on sur la longueur du temps? Non certes, car la personne dont parle Petenkoffer a pu, peut-être, contracter en prison le germe du choléra. Prenons, dit M. Fauvel les statistiques, celle par exemple donnée par M. Bykow, eh bien, on ne trouve un seul fait en faveur de la doctrine qu'on soutient; ainsi sur 3,086 cas de choléra, le terme des 12 jours n'a jamais été dépassé, et dans l'immense majorité des cas la

diarrhée n'a duré que 2, 4 et 5 jours. C'est l'expérience, ce sont les statistiques qui parlent, fait observer M. Fauvel, et elles réfutent victorieusement la doctrine qu'on voudrait opposer à l'énoncé de la conclusion. L'observation a démontré qu'une diarrhée prémonitoire ne dure pas davantage, mais il y a des exceptions, rares il est vrai, qui démontrent que la diarrhée dure quelquefois plus longtemps. Ces diarrhées-là, on voudrait les faire passer pour des diarrhées cholériques, mais sur quoi, se demande M. Fauvel se base-t-on pour établir une pareille doctrine? Sur un seul fait, sur celui de Petenkoffer. Ce fait cependant n'étant que douteux, serait-il prudent d'agir de la sorte? Et n'est-il pas mieux, beaucoup mieux de s'exprimer dubitativement, de faire connaître qu'il y a manque d'exemples concluants, de faits probants?

M. Mühlig réplique à M. Fauvel. On parle toujours, dit-il, de cas exceptionnels pour tout le monde, mais ces cas par beaucoup de personnes sont considérés comme très-ordinaires. Il y a de nombreux cas de diarrhée tenace qui n'est nullement cholérique, et qui ne le devient pas. Certes, dit M. Mühlig la diarrhée qui précède le choléra ne dépasse pas quelques jours, dans les cas les plus graves elle ne dure que très peu de temps, même quelques heures ; et, si la diarrhée se prolonge l'attaque ne sera pas sérieuse, cependant ces diarrhées se prolongent au delà de 10 jours, et elles se développent sous l'influence cholérique. La conclusion fait remarquer M. Mühlig en fixant le terme de huit jours rassure plus qu'elle ne devrait le faire sur le compte des diarrhées qui durent plusieurs jours, et cela, pense-t-il, ne peut qu'être dangereux.

Cela serait en effet, lui répond M. Fauvel, si ces diarrhées étaient cholériques pour tout le monde comme le voudrait M. Mühlig, mais pour plusieurs médecins elles ne le sont pas, pour d'autres elles sont douteuses, et nous sommes, dit M. Fauvel de ce nombre.

Quelques Délégués demandent qu'on mette aux voix le dernier chapitre du rapport, d'autres la proposition de M. Mühlig.

M. Pelikan propose d'ajourner le vote sur cette question, parce qu'elle mérite, à son avis, d'être plus longuement discutée étant la base des mesures quarantenaires.

M. Sawas l'appuie : cet ajournement, ajoute-t-il, est aussi rendu nécessaire par l'absence de la plupart des Délégués; or, dans l'intérêt de la discussion ils devraient se trouver présents.

Un grand nombre de membres ayant demandé la clôture de la discussion, S. Exc. le Président met, d'abord, aux voix la proposition de M. Mühlig:

Elle est rejetée: ayant obtenu 7 voix en sa faveur et 13 contre. MM. Vernoni et Sawas se sont abstenus de voter.

Ensuite M. le Président met aux voix la conclusion du 33e chapitre du rapport. Elle est adoptée à la majorité de 15 voix contre 4 et 3 abstentions:

Ont voté pour:

MM. Polak, de Noidans, Segovia, Spadaro, de Lallemand, Fauvel, Goodeve, Maccas, Bosi, Testa, Lenz, Bykow, Hübsch, Salem-bey, Bartoletti.

MM. de Lallemand et Maccas déclarent avoir voté en faveur de la conclusion sous le bénéfice d'une réserve concernant la 2me partie.

Ont voté contre :

MM. Monlau, Millingen, Gomez, Mühlig.

Se sont abstenus de voter :

MM. Vernoni, Keun, Sawas.

La discussion du rapport général achevée, S. Exc. le Président, se faisant l'interprète des sentiments de l'assemblée, prend la parole pour remercier les différentes Commissions qui ont contribué par leurs travaux et leurs rapports à l'élaboration de cet important document. Il remercie en particulier M. Fauvel qui a su coordonner et présenter les immenses matériaux des Commissions de la manière la plus heureuse.

M. de Lallemand appelle l'attention de l'honorable Conférence sur la réimpression du rapport général comme annexe, et aussi sur l'impression des rapports des Commissions chargées d'étudier les questions du 3me groupe. Si on voulait, dit-il, faire imprimer tous les rapports dans la seule typographie qui imprime les procès-verbaux de la Conférence, il y aurait une perte de temps considérable, car à part le rapport général qu'elle devrait imprimer comme annexe et les rapports particuliers des Commissions, il lui reste environ dix procès-verbaux à imprimer. Tout cela, pense M. de Lallemand, ne peut pas se faire par une seule typographie, il propose par conséquent, en vue de gagner du temps, d'autoriser chaque rapporteur des Commissions à faire imprimer son rapport ailleurs que dans l'*Imprimerie Centrale*, et aussi le rapport général si la Conférence le juge nécessaire.

M. Fauvel appuie la proposition de M. de Lallemand, mais pour ce qui est du rapport-général il est d'avis que la Conférence devrait le faire réimprimer avec l'indication en note des additions et des amendements adoptés

par la Conférence, avec renvoi aux compte-rendus qui en parlent *in extenso*.

M. Keun démontre aussi la nécessité de procéder de la manière proposée par M. Fauvel, et insiste pour que dans la réimpression du rapport-général les additions ou amendements adoptés par la Conférence soient indiqués en marge ou en note : c'est d'après lui le seul procédé logique.

M. Bykow se prononce dans le même sens, ainsi que plusieurs autres délégués.

Une discussion s'engage d'un côté entre MM. Fauvel, Lallemand, Bosi, Maccas, Keun, Bykow à l'appui de la proposition de M. Fauvel, et, MM. Segovia, Monlau et Sawas de l'autre contre cette proposition.

M. le Président consulte la Conférence. Elle se prononce, à la majorité de 15 voix contre 9 et deux abstentions, dans le sens de la proposition de M. Fauvel.

Ont voté pour :

MM. Spadaro, Goodeve, Dickson, Kalergi, Maccas, Vernoni, Keun, Millingen, Testa, Mühlig, Lenz, Bykow, Hübsch, Salem-bey, Bartoletti.

Ont voté contre :

MM. Polak, de Noidans, Segovia, Monlau, Bosi, Mirza Malcom-Khan, Sawas, Gomez, Stenersen.

MM. de Lallemand et Fauvel se sont abstenus de voter.

Il est décidé en outre que le rapport-général sera imprimé comme annexe au procès-verbal de la 9^{me} séance avec une petite note pour justifier le retard de cette réimpression.

La Conférence adopte aussi, à l'unanimité, la proposition de M. de Lallemand, c'est à dire de faire imprimer ailleurs qu'à l'*Imprimerie Centrale* les différents rapports des Commissions.

La séance est levée à 6 heures.

La prochaine séance de la Conférence aura lieu aussitôt qu'un ou plusieurs rapports des Commissions lui permettront de reprendre ses travaux.

Ordre du jour de la prochaine séance.

Présentation et lecture des rapports des Commissions.

Le Président de la Conférence Sanitaire,

SALIH.

Les Secrétaires,

Dr NARANZI.—Bon DE COLLONGUE.

N° 23

SÉANCE DU 5 JUILLET 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent soixante-six, le 5 juillet, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa vingt-troisième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï

Etaient présents :

Pour l'Autriche :

M. VETSERA, conseiller de l'Internonciaturede S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur POLAK, ancien archiâtre de S. M. le Schah de Perse ;

Pour la Belgique :

M. le comte de NOIDANS, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M Kalergi, secrétaire de la Légation de S M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

M le conseiller Docteur Bernardino Antonio Gomez, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Lenz, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna;

Pour la Suède et la Norwège:

M. Oluf Stenersen, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation;

M. le Docteur baron Hübsch;

Pour la Turquie:

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur-général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople;

(*Pour l'Egypte*): le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S A. le vice-roi. d'Egypte;

La séance est ouverte à une heure.

M. le B^{on} de Collongue, l'un des secrétaires, lit le procès-verbal de la 21^{e} séance.

A propos de ce procès-verbal et après son adoption, M. le D^{r} Goodeve fait connaître qu'il n'adhère pas complètement au passage du chapitre XXIV (2^{e} alinéa) commençant ainsi: *mais il faut bien le reconnaître* jusqu'à *seulement elle s'est accomplie dans un temps plus long* inclusivement. M. le D^{r} Goodeve ajoute que c'est par suite d'un oubli qu'il n'a pas fait cette déclaration avant le vote dudit chapitre et demande qu'il en soit fait mention au présent procès-verbal

M. le D^{r} Bartoletti dépose sur le bureau, après en avoir donné lecture, le rapport de la sous-commission nommée au sein de la commission générale et composée de MM. les D^{rs} Goodeve, Président, Bykow, Salvatori et Bartoletti rapporteur, qui avait été chargée de faire l'historique de l'épidémie de 1865, (annexe du présent procès-verbal).

La Conférence s'associe avec empressement aux félicitations que S. Exc. Salih effendi propose d'adresser à M. le D^{r} Bartoletti pour ce remarquable travail.

M. le D^{r} Gomez, auteur d'une notice communiquée à tous les membres de la Conférence et dans laquelle M. le D^{r} Bartoletti a puisé les informa-

tions qu'il donne sur la marche de l'épidémie en Portugal, observe que le rapport ne reproduit pas certains faits qu'on trouve dans ladite notice et qui méritaient d'être mentionnés. Il est parlé de l'importation du choléra à Porto par une femme venant d'Elvas où régnait la maladie et qui la donna à presque tous les habitants de la maison où elle descendit. Pourquoi le rapport n'ajoute-t-il pas que cette maison fut tenue dans l'isolement le plus complet, puis soigneusement assainie, et que c'est sans doute à la rigoureuse application de ces mesures qu'on dût d'empêcher le choléra de se propager dans la ville où il borna ses ravages à la maison primitivement attaquée. Le choléra s'est, d'ailleurs, fait sentir en Portugal ailleurs qu'à Elvas, Treixo de Spada et Porto, les seules villes que M. le Dr Bartoletti ait citées : A Lisbonne, notamment, il y eut une véritable épidémie de diarrhées cholériques ou de cholérines. M. le Dr Gomez demande que le rapport soit complété à cet égard.

M. le Dr Bartoletti répond que ce que le programme demandait, c'était uniquement une histoire de la marche du choléra, et que la commission n'avait pas à entrer dans le détail des moyens auxquels on a eu recours pour le combattre dans les divers pays et dans les diverses localités qu'il a successivement visités. La Commission n'a pas cru non plus qu'elle dût parler des épidémies de cholérines qu'on a eu à signaler sur un assez grand nombre de points en 1865.

M. le Dr Goodeve regrette de n'avoir pu adhérer sans réserve au rapport dont la Conférence vient d'entendre la lecture. Il ne lui *parait pas très certain*, comme le dit ce rapport, que le choléra ait été directement importé des Indes au Hedjaz et dans l'Est de l'Arabie par les pèlerins Indiens et Javanais. On ne sait pas d'une manière suffisamment exacte ce qui s'est passé à bord des bâtiments qui avaient transporté ces pèlerins ; les seuls navires pour lesquels on soit bien renseigné ont été attaqués après avoir touché à Mokalla où le choléra sévissait. M. le Dr Goodeve ajoute qu'il a été impossible d'établir comment le choléra était venu à Mokalla, mais qu'il est cependant probable, d'après les informations qu'on possède, que la maladie existait dans l'Yémen et surtout à Sana à la fin de 1864.

M. Keun donne son adhésion au rapport, mais en faisant ses réserves pour le passage où il est question de deux navires qui, l'année dernière, seraient arrivés directement de Java à Djedda avec des pèlerins. D'après tous les renseignements que M. Keun s'est procurés et aussi d'après le

rapport du consul des Pays-Bas à Singapoor que cite M. le Dr Bartoletti, il n'y aurait pas de navigation directe entre les colonies Néerlandaises et la mer Rouge. M. le Délégué des Pays-Bas croit que la Commission Ottomane du Hedjaz, dans le rapport de laquelle M. le Dr Bartoletti a puisé cette information, n'a pas dû être exactement renseignée.

M. Keun cite ensuite un fait d'où il résulterait que le germe cholérique existait à Alexandrie où cependant l'épidémie ne s'est manifestée que dans les premiers jours de juin, depuis le commencement du mois de mai. La Sœur Directrice de l'institut des diaconesses de Smyrne de qui M. Keun tient ces détails, vint à Alexandrie au commencement du mois de mai; elle y fut prise, le 13, de vomissements et de diarrhée accompagnée de crampes, qui cédèrent promptement à la médication énergique à laquelle elle fut soumise,mais qui la réduisirent à un tel état de faiblesse qu'elle dût se réembarquer immédiatement pour revenir à Smyrne. Le navire du Lloyd sur lequel elle fit le voyage et qui était surchargé de pèlerins revenant de la Mecque, avait dès le second jour de la traversée perdu six passagers morts de la dyssenterie.

D'après M. le Dr Bykow qui revient sur les observations précédemment faites par M. le Dr Goodeve, les faits cités par le rapport prouvent clairement que le choléra a été importé à Mokalla par des provenances du Bengale. La maladie existant dans ce pays bien avant son apparition à Djedda, et plusieurs cas de choléra ayant eu lieu pendant la traversée à bord des bâtiments qui amenaient les pèlerins du Bengale, la Commission ne pouvait conclure autrement qu'elle l'a fait.

Le rapport que S. Exc Salih effendi met ensuite aux voix, est adopté à l'unanimité—présents au moment du vote, MM. le Dr Polak, Cte de Noidans, Segovia, Dr Monlau, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Dr Goodeve (avec réserve), Dr Dickson, Dr Maccas, Vernoni, Prof. Bosi, Keun (avec réserve), Dr Millingen, Dr Lenz, Dr Bykow, Stenersen, S. Exc. Salih effendi, Dr Salem bey.

La séance est levée à 5 heures sans que le jour de la prochaine séance ait été fixé. S. E. Salih effendi se réserve de convoquer la Conférence dès que les rapports des Commissions chargées de l'étude des questions inscrites au 3me groupe du programme seront prêts à lui être soumis.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Bon DE COLLONGUE.—Dr NARANZI.

(ANNEXE AU PROCÈS-VERBAL N° 23.)

RAPPORT

A LA CONFÉRENCE SANITAIRE INTERNATIONALE

Sur la marche et le mode de propagation du Choléra en 1865,

Présenté par la sous-com^ion (6^e section) composée de M^rs les D^rs GOODEVE, *Président*, BIKOW, SALVATORI et BARTOLETTI, *Secrétaire-Rapporteur*.

Messieurs,

Nous avons l'honneur de vous présenter notre rapport sur l'article du programme que vous nous avez chargés de développer et qui est ainsi conçu : *Aperçu général de la marche et du mode de propagation du choléra pendant l'épidémie de* 1865.

Ce sujet important paraît, à première vue, devoir comporter un récit historique complet de la marche qu'a suivie la dernière épidémie, partout où elle a pénétré, depuis le jour où elle a fait son apparition à La Mecque jusqu'au dernier point où elle a étendu ses ravages. S'il en était ainsi, la Commission aurait eu besoin, pour en rendre compte, d'une foule de documents statistiques, d'un grand nombre de renseignements précis qui

existent peut-être épars dans des archives, mais qui ne sont pas encore recueillis, ni publiés nulle part que nous sachions. Aussi, le but du programme, en proposant l'étude dont il s'agit, nous le comprenons dans un sens plus restreint, qui n'est pas moins intéressant pour cela, à savoir : démontrer par la marche du choléra le mode de sa propagation dans les différents pays qu'il a successivement où simultanément envahis ; en d'au-d'autres termes, il s'agit, suivant nous, non pas de faire l'histoire du choléra dans un but abstrait de statistique, mais de réunir les faits les plus saillants qui se rattachent à sa marche afin d'en tirer la preuve de son importation, par des hommes, d'un lieu malade à un lieu sain, ou bien, dans le cas contraire, d'établir le principe de la diffusion de l'épidémie par l'air et sans le concours de malades ou d'objets contaminés.

La question étant posée dans ces limites, nous nous sommes tracé, pour l'exposition des faits que nous allons rapporter, une méthode qui nous a paru aussi simple que rationnelle. Nous prenons le choléra à son point de départ le plus rapproché que nous connaissions, c'est-à-dire au Hedjaz, et nous le suivons dans sa violente pérégrination à travers l'Egypte, la Méditerranée et jusque par delà l'Océan, en ayant soin d'indiquer les dates de son apparition dans les localités où il a sévi avec plus ou moins d'intensité ainsi que les sources principales où nous avons puisé nos renseignements. Nous signalons ensuite par ordre chronologique l'explosion des foyers secondaires et leur rayonnement jusqu'aux localités qui ont été atteintes les dernières, et nous faisons suivre notre aperçu de quelques remarques qui en sont comme le corollaire et la conclusion.

Nul document n'est en notre possession qui puisse donner la certitude que le choléra n'existait pas dans le Hedjaz, ne fût-ce qu'à l'état sporadique, avant l'arrivée des pèlerins de l'an 1865 ; mais ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'il n'en a pas été question dans les correspondances de Djeddah avant l'arrivée dans ce port, entre la fin du mois de février et le commencement de mars, du *Persia* et du *North-Wind*. C'est à la suite de ces deux arrivages que le choléra se serait donc manifesté dans le Hedjaz. En effet, M. Bimsenstein, médecin sanitaire du Gouvernement Ottoman en Egypte, annonçait, en date du 20 février 1866, avoir appris de M. Calvert, consul Britannique qui se trouvait à Djeddah à l'époque du pèlerinage, que le choléra avait éclaté à bord de ces deux navires provenant de Singapore et qui avaient relâché à Cotchin et à Mokhalla. M. le D^{r}

Goodeve nous a communiqué un rapport de M. Calvert, daté de Djeddah le 10 mars 1865, et annonçant que ces deux voiliers, portant pavillon anglais, étaient arrivés à Djeddah avec 1066 passagers, la plupart Javanais, et 96 hommes d'équipage, soit un total de 1162 personnes ; que le choléra s'étant déclaré à leur bord, le *Persia* perdit, pendant la traversée, 85 passagers et 8 matelots, le *North-Wind* 43 passagers et 7 matelots, en tout 143 personnes ; que les deux capitaines, du *Persia* et du *North-Wind*, s'accordaient à dire que la maladie qui avait frappé leurs navires était le choléra qui se déclara à bord après avoir touché à Mokhalla où les passagers et l'équipage avaient fait un usage immodéré d'un poisson de mauvaise qualité et d'une eau saumâtre, la seule qu'on pût se procurer dans le pays.

Un rapport du Délégué d'Autriche au Conseil de Santé d'Alexandrie (*Communication de M. le Dr Sotto*) vient à l'appui de ces informations qu'il complète, sauf toutefois en un point, sur lequel il se trouve en désaccord avec les déclarations des capitaines du *Persia* et du *North-Wind*. Il s'agit de Mokhalla. Mokhalla est un port situé dans l'Hadramouth sur la côte Sud-Est de la Péninsule Arabique. Un certain nombre de navires qui se rendent au Hedjaz, chargés de pèlerins Javanais et Indiens, y font escale pour se ravitailler. Ce sont la plupart des bâtiments anglais ou indigènes, ces derniers portant quelquefois le pavillon de la Grande-Bretagne. D'après le rapport du Délégué d'Autriche, deux de ces navires le *Persia* et le *North-Wind*, auraient apporté le choléra à Mokhalla, où il n'existait pas avant leur arrivée. D'autres navires ayant relâché ensuite à Mokhalla en auraient été infectés et auraient disséminé les germes de la maladie sur les côtes de l'Yemen et du Hedjaz avant même d'être arrivés à Djeddah. Quoi qu'il en soit de ces deux versions contradictoires, relativement à Mokhalla, il paraît certain que le choléra a été importé dans le Hedjaz par des navires provenant des Indes et chargés de pèlerins.

Ce fait résulte mieux encore des renseignements fournis par la commission ottomane du Hedjaz dans son rapport du 5 avril dont nous extrayons les passages suivants : « Le capitaine Hadji Emin-Eddin du navire sous » pavillon anglais *Meris Merchan*, a déclaré par écrit et signé de sa main » qu'en 1865, il a amené du Bengale à Djeddah 350 pèlerins dont 29 sont » morts de la diarrhée. . . . . Le capitaine Abd-Méhémet du navire por- » tant pavillon anglais le *Boy-Meyr* a fait la déclaration, à laquelle il a ap-

» posé sa signature, que le choléra existait au Bengale lorsqu'il quitta ce » pays pour se rendre à Djeddah et que sur 100 pèlerins qu'il y avait pris » 20 moururent pendant le trajet dont 4 de choléra, caractérisé par la » diarrhée, les vomissements, le réfroidissement du corps, l'enfoncement » des yeux etc. . . . . Le capitaine Choualsky a déclaré qu'ayant le com- » mandement du *Ruby*, il partit de Singapore en 1865 avec 500 pèlerins » dont 90 moururent du choléra pendant le voyage ; la mortalité avait » commencé à Mokhalla et avait cessé deux jours avant l'arrivée à Djeddah. » De plus, le capitaine du port de Djeddah signale 51 navires venus de » l'Inde, de Java, de Bassora, de Mascate, parmi lesquels deux de Java » et un du Bengale avec des malades. »

D'un autre côté, nous trouvons dans une dépêche du consul général des Pays-Bas à Singapore, que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Millingen, l'extrait suivant : » Il n'y a aucun doute que l'apparition du cho- » léra en Arabie doit être attribuée en partie aux pèlerins qui s'y rendent » de Singapore. . . . Ils ne sont pas tous des sujets des Indes Néerlan- » daises, mais il y a des indigènes, des habitants de Malacca, de Sarawah, » de Johou, de Pahans, de Mnar et de tous les petits Etats libres de la pé- » ninsule Malaise . . . En 1864, y est-il dit encore, le choléra sévissait à » Java et à Singapore, et il y a des preuves que des malades de choléra » et des convalescents se sont embarqués sur des navires faisant voiles » pour le Hedjaz. »

En présence de ces témoignages officiels et méritant toute confiance, il paraît certain que le choléra a été importé, en 1865, dans le Hedjaz par des provenances infectées de l'Inde et de Java.

Vers la fin d'avril, on savait à Alexandrie que le choléra sévissait à La Mecque et à Médine parmi les pèlerins. Une commission composée de deux médecins musulmans fut envoyée au Hedjaz par l'Intendance Sanitaire d'Egypte, avec mission d'étudier l'épidémie. Dans son rapport daté du 10 mai 1865, la commission dit en substance que la mortalité parmi les pèlerins avait été très-forte principalement à l'*Arafat*, pendant les trois jours des fêtes, et que la cause de cette mortalité était la *cholérine*.

La commission a constaté plusieurs cas de cette maladie parmi les pèlerins, les militaires et les habitants de la ville. Elle a rencontré des cadavres gisant dans les rues et un grand nombre de morts dans les mosquées.

Le troisième jour des fêtes, la mortalité a dû être, dans la montagne, plus considérable que les jours précédents, à n'en juger que par les cris habituels dans les cérémonies funèbres chez les Arabes.

A La Mecque, le chiffre des personnes mortes du choléra, le même jour, avait été évalué à 200.

A Djeddah, la commission a vu, dans un hôpital d'une cinquantaine de lits, douze malades de *cholérine* dont cinq morts et sept guéris. *(Rapport du Dr Bimsenstein)*. La commission ne semble pas, du reste, avoir donné un rapport complet de sa mission; ni au point de vue du diagnostic du choléra qu'elle appelle naïvement *cholérine*, ni à celui de sa marche et de ses ravages parmi les pèlerins. Elle n'a pas fait non plus mention des débuts de l'épidémie, question si importante à connaître à tant de titres. Fixer le nombre des victimes de l'épidémie, sans une base certaine, serait chose hasardée, mais nous savons que les colonies hollandaises, sur 10 mille Javanais qu'elles ont envoyés à La Mecque, ont fourni un contingent de 3 mille morts. *(Dr Millingen)*. Or le pèlerinage, d'après l'estimation du Consul d'Angleterre à Djeddah ayant atteint, cette année, le chiffre de 90 mille âmes, on pourrait en déduire que le choléra a enlevé un total de 30 mille hadjis, c'est-à-dire le tiers du pèlerinage. Cette évaluation ne paraîtra pas exagérée, si l'on considère surtout que les Javanais ne sont pas les moins aisés parmi les pèlerins et que les Indiens et les nègres, qui sont les plus pauvres, ont dû être frappés par la maladie avec une violence d'autant plus grande. Cependant, d'après des calculs approximatifs de la commission ottomane du Hedjaz, ce chiffre devrait être réduit de moitié, car elle estime à 15 mille seulement le nombre des pèlerins victimes de l'épidémie.

Passons à l'Egypte, et voyons d'abord dans quelles conditions s'est opéré le transport des pèlerins de Djeddah à Suez. Du 19 mai au 10 juin, c'est-à-dire dans l'espace de 23 jours, dix bateaux à vapeur dont sept égyptiens et trois anglais, ont débarqué à Suez de 12 à 15 mille hadjis provenant d'un foyer cholérique aussi intense que celui que nous venons de quitter. Le nombre des pèlerins embarqués sur chaque bateau a varié entre 900 et 1200, le *Sidney* excepté qui en son premier voyage en portait 2000. (*Rapport de M. Arthur Roby, consul d'Angleterre à Djeddah, communiqué par MM. les Délégués de la Grande-Bretagne.*)

Les déclarations officielles portent que la santé des passagers était parfaite et que les quelques décès survenus pendant la traversée, (6 à 8 pour

chaque bateau), provenaient de maladies ordinaires, *non-contagieuses*. En conséquence, après une visite médicale, la pratique leur fut accordée à Suez. Malheureusement, les déclarations faites aux autorités sanitaires d'Egypte étaient en contradiction avec les faits, attendu qu'un grand nombre de pèlerins étaient morts en route du choléra ; le *Sidney*, vapeur anglais, en aurait perdu à lui seul, plus de 100 sur 2000. (*Bimsenstein*) (1)

Le 19 mai est arrivé de Djeddah à Suez le premier bateau à vapeur anglais avec des pélerins et ayant jeté des morts à la mer. Le 21 quelques cas de choléra se sont déclarés à Suez, et dans le nombre était le capitaine du bateau à vapeur et sa femme. Le 23 mai un cas a été observé, par un médecin de la compagnie du canal, à Damanhour, dans un convoi de pèlerins se rendant de Suez à Alexandrie. *(Rapp. du Docteur Aubert Roche à M. de Lesseps).*

C'est ainsi que vers la fin du mois de mai, 12 à 15 mille pèlerins traversèrent l'Egypte en chemin de fer et allèrent camper près du canal Mahmoudié à Alexandrie. Des Arabes d'un quartier voisin qui s'étaient empressés de fraterniser, comme c'est la coutume des musulmans, avec les hadjis nouvellement arrivés, furent les premiers atteints par le choléra. Le 2 juin eut lieu le premier cas parmi les habitants d'Alexandrie qui vivaient en communication avec les pèlerins. Le 5 juin se déclarèrent deux autres cas dans les mêmes conditions. Du 5 au 11 les cas augmentèrent. Mais les médecins de l'Intendance Sanitaire ne voyaient dans ces premiers accidents que des cas de fièvre-pernicieuse-algide, de cholérine ou de choléra sporadique. *(Bimsenstein).*

Ce n'est que le 11 juin que l'autorité sanitaire fut convaincue et fit mention, sur les patentes des navires en partance, de l'apparition de l'épidémie qui allait décimer la population d'Alexandrie et y faire 4 mille victimes dans l'espace de deux mois. Du 11 juin au 23 juillet, le choléra envahit successivement toute l'Egypte donnant la mort, en moins de trois mois, à plus de 60,000 de ses habitants. *(Colucci Bey. Réponse à douze questions).*

La panique, s'emparant surtout des étrangers, donna lieu à une émigration de 30 à 35 mille personnes qui, la navigation à vapeur aidant, se

---

(1) *N. B.* — Nous devons faire remarquer ici qu'il doit y avoir erreur de chiffre ; le *Sidney* n'aurait eu que 8 à 10 décès de choléra pendant sa traversée.

portèrent, d'un coup, sur les principales villes commerciales de la Méditerranée, à Beyrouth, à Chypres, à Malte, à Smyrne, à Constantinople, à Trieste, à Ancone, à Marseille, etc,! Nous allons voir le choléra se manifester sur la plupart de ces points en suivant la trace des fuyards et la route suivie par la navigation à vapeur.

Nous suivrons, nous aussi, dans cet aperçu, le même chemin, et autant que possible, par ordre géographique ; nous ferons ensuite nos remarques sur les faits rapportés et les accidents qui s'y rattachent pour en faire ressortir le mode de propagation. Il en résultera, croyons-nous, des données profitables au point de vue de la prophylaxie.

C'est le 28 juin, dans un temps où ni le choléra ni rien de ce qui ressemble à ce qu'on appelle les signes précurseurs de cette maladie, n'existaient à Constantinople, qu'arriva dans le port la frégate ottomane *Mouhbiri-Surur*, ayant quitté Alexandrie le 21. L'officier et le médecin du bord n'ayant déclaré ni décès ni malades, la frégate fut admise en libre pratique, d'après l'article du règlement qui l'accordait à tout navire ayant un médecin à bord et ayant passé cinq jours en mer sans accident cholérique. Le soir, elle fit évacuer à l'hôpital de la Marine Impériale 12 matelots plus ou moins gravement atteints de choléra, et dont un mourut la nuit même. Il fut ensuite constaté que des cas de diarrhée avaient été observés parmi l'équipage depuis Alexandrie, et que, circonstance bien plus grave, deux matelots avaient succombé au choléra entre les Dardanelles et Constantinople. Le lendemain, 30 juin, 9 autres malades furent débarqués du même navire, parmi lesquels 2 de choléra confirmé. *(Gazette Médicale d'Orient et Archives de l'Intendance Sanitaire)*. Et voilà le point de départ d'une affreuse épidémie qui se propagea tantôt de proche en proche, tantôt en sautant d'un point à l'autre et en se croisant entre les différents quartiers, mais toujours avec une filiation,dans les premiers accidents, et un enchaînement de faits des plus remarquables et tel qu'on en trouve peu d'exemples dans les fastes lugubres du fléau indien. Ce serait excéder les limites de notre mandat que de transcrire ici tous les précieux renseignements que nous a donnés M. le Dr. Mühlig sur les débuts de l'épidémie dans l'arsenal de la Marine Impériale et sur ses progrès aux environs de cet établissement, mais nous dirons sommairement que du 5 au 15 juillet, les navires amarrés à proximité de l'arsenal, les casernes et les ateliers des ouvriers compris dans son enceinte, fournirent 71 attaques et 26 décès. En même temps, du 9 au

15 juillet, le choléra se propagea d'abord dans le quartier de Kassim-Pacha, attenant à l'arsenal, et de là aux quartiers limitrophes d'Emin-Djami, de Yéni-Chéir et ainsi de suite dans toute la ville, ses faubourgs et les villages du Bosphore. L'épidémie atteignit son summum d'intensité et de violence pendant les premiers jours du mois d'août et déclina ensuite progressivement. Les derniers cas furent observés pendant le mois de septembre. Le chiffre des décès est évalué, estimation la plus modérée, à 12 ou 15 mille, sur une population de 900,000 âmes. (*Voir le travail intéressant de M. le Dr. Mongeri, sur l'épidémie de choléra qui a régné à Constantinople en* 1865.)

Dardanelles. — Le nombre des voyageurs provenant d'Alexandrie et qui ont fait quarantaine aux Dardanelles, du 29 juin jusqu'aux premiers jours du mois d'août, a été de 2268. Le maximum des personnes enfermées ensemble dans le lazaret et ses succursales a atteint une fois le chiffre de 900. Il y eut alors encombrement et il devint difficile de bien séparer les différentes catégories de quarantenaires.

La contumace fut d'abord de 5 jours, puis de 10 jours sur l'ordre exprès du gouvernement. Pendant la durée de l'épidémie, il n'y eut dans le lazaret que 22 cas de choléra (dont 16 sur des personnes atteintes avant le débarquement), 15 décès, 7 guérisons. Les deux premiers cas, dont un suivi de mort rapide, eurent lieu le 1er juillet sur des passagers débarqués par le *Tantah*, bateau égyptien arrivé d'Alexandrie le 29 juin. Successivement d'autres bateaux, de la même provenance, eurent des accidents à bord et débarquèrent des cholériques. Le 12 juillet eut lieu le 2me cas de mort dans le lazaret, Le 9 août on constata le dernier. Parmi les personnes ayant des relations de service avec le lazaret plusieurs ont contracté la maladie : 1° Ahmet, batelier qui conduisait tous les jours le médecin à la visite du lazaret et qui mourut en ville ; 2° Hadji Méhémet, sous-chef gardien, attaqué après avoir fait pendant longtemps le service à la sortie des quarantenaires du lazaret après le terme de la contumace. Il fut sauvé ; 3° Deux gardes de santé de service dans l'intérieur du lazaret, dont l'un est mort ; 4° Un garde qui avait fait dix jours de quarantaine, tomba malade deux jours après la pratique. Il mourut en ville.

Du 29 juin au 15 septembre, 33 bateaux à vapeur et 112 bâtiments à voiles, comprenant ensemble 3,058 personnes d'équipage, ont fait quarantaine aux Dardanelles. Le vapeur autrichien *Archiduc Maximilien* arrivé

le 30 juin, eut deux attaques de choléra, 1 décès. Le brick italien *Mirra* arrivé le 2 juillet, eut un matelot mort. Le *Charkié*, vapeur égyptien arrivé le 7 juillet, débarqua un malade. Le *Minia*, égyptien, venu le 8 juillet, eut deux morts de choléra quelques heures après son arrivée aux Dardanelles. Le *Djafferieh*, égyptien, arrivé le 9 juillet eut 5 malades qu'il débarqua au lazaret. L'*Eiling*, bâtiment norwégien arrivé le 22 juillet, perdit en route un de ses matelots. Tous ces navires provenaient d'Alexandrie. La *Tamise*, bateau à vapeur français, parti de Constantinople, débarqua le 22 juillet au lazaret des Dardanelles deux cholériques qui y moururent rapidement.

Nous venons de voir le premier cas du lazaret le 30 juin. Le 12 juillet un soldat qui montait la garde à la porte du lazaret est attaqué. Il est transporté à l'hôpital militaire et couché dans la même salle que les autres malades, sans aucune précaution. Du 12 au 14, on signale 3 cas de choléra en ville, sur différents points et tous mortels : l'un est le batelier Ahmet dont il a été question plus haut ; l'autre, un vendeur de comestibles fréquentant les abords du lazaret pour son industrie; le 3^{me} est le gardien, également cité plus haut, qui tomba malade deux jours après sa sortie du lazaret où il avait fait quarantaine. Depuis ces premiers accidents, le choléra se propagea en ville et parmi la troupe, surtout au fort de Nagara qui tient au lazaret et dont la petite garnison de 25 hommes était en relations suivies avec le corps de garde du lazaret. Il y mourut en trois jours 5 hommes sur 7 malades. En ville la maladie oscilla entre 2 et 3 cas par jour jusqu'au 24 juillet. A partir de ce moment, elle augmente progressivement jusqu'à 22 cas, s'y maintient du 1er août jusqu'au 12, va ensuite en décroissant jusqu'au 30 et enfin disparaît. Sur une population de 8 mille âmes, dont il faut déduire 2 mille fuyards,on compte 369 décès,y compris 27 militaires. Les attaques montent approximativement à 550. Il ressort évidemment de tout ce qui précède, que le choléra importé d'Alexandrie dans le lazaret s'est propagé de là dans la ville.

Enos. — Le nombre des navires qui ont purgé la quarantaine dans la rade d'Enos pendant la durée de l'épidémie, c'est-à dire du 4 juillet au 8 décembre, monte à 79, équipages 579, passagers 63, gardes de santé 34, parmi lesquels il n'y a pas eu un seul cas de choléra, ni même aucune indisposition ou diarrhée cholériforme. Cependant, le 26 octobre fut signalé un premier cas de choléra sur un habitant d'Enos, le nommé Stamati Aïvaliotis, âgé de 50 ans, marin de profession et qui depuis 13 jours

était arrivé de Chio, Mételin et Tchechmé sur un navire en patente nette Il mourut dans la soirée. Le 30 tomba malade sa fille, âgée de 16 ans, qui succomba après quelques heures de maladie. Le 27, une jeune fille de 14 ans fut attaquée dans la matinée et mourut à 7 heures du soir. Le même jour fut atteint le nommé Maccaradji, charpentier, qui mourut également le soir. La femme de Maccaradji succomba le 29. Enfin le 31 mourut de choléra le nommé Schinas après une courte maladie. En tout il y eut, dans l'espace de 23 jours et sur une population de 4000 âmes, 15 cas de choléra, suivis de mort, tous sur des habitants de la ville, sauf le nommé Jovani qui était venu de Gumurdjina depuis un mois. Le médecin sanitaire d'Enos qui rapporte ce fait, se demande quelle peut être l'origine de cette petite épidémie? Sans pouvoir résoudre la question, il fait la remarque que le sujet du premier cas avait eu, deux jours après son arrivée à Enos, un accès de fièvre intermittente qu'il guérit lui-même en prenant un purgatif et du sulfate de quinine. Il fait observer, en outre, que deux fois il y a eu contravention avec des navires en quarantaine, ancrés à la distance d'une heure de la ville, mais aucun accident cholérique n'avait eu lieu à bord de ces navires non plus que sur les radeaux qui descendent la Maritza provenant d'Andrinople.

La Cavalle. — Un bateau à vapeur autrichien commandé par le capitaine Inchiostri, provenant de Constantinople le 31 juillet, et qui venait de jeter 5 cadavres à la mer, débarqua au lazaret de la Cavalle 103 passagers, parmi lesquels 2 atteints de choléra. Un 3me tomba malade le soir. Le lendemain, les deux premiers étaient morts, le troisième guérit. La quarantaine des passagers sains a été purgée dans un vaste local situé à une heure de marche de la ville. Les cholériques ont été séquestrés sur un îlot strictement surveillé et l'on y a observé plusieurs cas de cholérine.

Le nombre des navires qui ont fait quarantaine, du 3 juillet au 6 novembre, est de 28, dont 11 à vapeur, portant 635 hommes d'équipage et 396 passagers. Un vapeur ottoman eut deux décès de choléra à bord. Personne parmi les hommes de service n'en a souffert, et la ville a été exempte de l'épidémie. Il n'a pas été de même d'une localité sise à une distance de 6 heures de la Cavalle, et voici un fait à noter d'importation par terre signalé par le médecin sanitaire de cette ville. Une femme partit de *Zihna*, circonscription de Sérès, où régnait le choléra, et vint en deux jours à Tchataldja, son pays natal. Deux jours après, elle était frappée

de choléra foudroyant qui l'emporta en deux heures. Après cet accident, le 17 août, l'épidémie se déclara à Tchataldja et s'y maintint jusqu'au 25 septembre. Dans cet intervalle, il y eut 56 attaques, sans compter les cas légers, et 52 morts, sur une population de 2,500 habitants.

Salonique. — Pendant la période de l'épidémie cholérique, il est arrivé à Salonique 78 navires dont 45 à vapeur, venant d'Egypte, de Constantinople, des Dardanelles, de Smyrne, et portant 4,257 passagers. Les mesures quarantenaires ont consisté dans la séquestration des passagers, d'abord pendant 5 jours, puis pendant 10 jours, sans morts ni malades dans la traversée, et pendant 20 jours s'il y avait eu des accidents à bord ou dans le lazaret. On a compté dans le lazaret, parmi les passagers, 265 cas de choléra dont 112 suivis de mort, et parmi les morts 9 gardes de santé. Ceux qui tombaient malades étaient de suite séparés des sains. Le lazaret était d'abord à une heure de distance de la ville. Parfois il y eut encombrement, on y a compté jusqu'à 1300 personnes à la fois. On a ensuite construit des baraques à une distance de 3 heures de la ville, mais alors le choléra avait cessé de sévir parmi les quarantenaires. La ville n'a pas été atteinte, sauf trois cas de choléra dont deux mortels sur des individus sortis du lazaret. Plusieurs villages et nommément Galatzita par lesquels ont passé des personnes qui venaient de purger quarantaine et qui s'y sont arrêtés, ont été fort maltraités par l'épidémie. Le choléra s'est propagé jusqu'aux environs de Sérès et s'y est longtemps maintenu.

A Volo, le nombre de navires arrivés en patentes brute de choléra a été de 25 ayant à bord 526 hommes d'équipage et 2265 passagers. Parmi ces navires, le *Pertev-Piale* venant de Salonique, où le choléra existait dans le lazaret, eut deux décès en route et débarqua deux malades, morts tous deux le lendemain. Le paquebot français la *Clyde*, arrivé le même jour que le précédent, envoya au lazaret 3 cholériques, morts deux jours après. Ces deux vapeurs amenèrent ensemble 1649 passagers qui purgèrent leur quarantaine sous des tentes dans un îlot désert du golfe de Volo. Du 26 juillet au 10 août, 62 cas de choléra, dont 23 suivis de mort, furent successivement observés parmi les quarantenaires. Parmi ces cas, 5 s'étaient déclarés avant le débarquement et 57 après l'entrée au lazaret. En outre, le personnel du service, gardes de santé et gendarmes, a fourni 4 décès et 9 attaques. De ce nombre ont été l'écrivain de l'office et le médecin du lazaret. Ce dernier a guéri. Les autres 23 navires n'ont eu ni attaques ni décès. Une contra-

vention a eu lieu : le médecin de service au lazaret, M. Diomèdes, atteint de choléra s'est sauvé en ville le 30 août ; mais cet accident n'eut pas de suites. D'ailleurs, quoique la ville eût été préservée du choléra, la maladie s'était déjà manifestée, à une distance de 5 à 10 milles de Volo dans des villages qui avaient été en rapport avec des localités infectées. Sur 1051 habitants, il y eut 32 décès. En ville il n'a été observé qu'un seul cas sur un individu qui, le 19 septembre, c'est à-dire 42 jours après le dernier cas du lazaret, était venu d'un des villages susmentionnés.

Larisse, ainsi que toute la Thessalie, avait joui d'une santé parfaite jusqu'à la fin de novembre. Alors arrivèrent de la province de Monastir et nommément de *Florina* (32 heures de distance) où existait le choléra, 3 à 400 Bulgares venant pour exercer différents métiers pendant l'hiver, comme ils le font d'habitude chaque année. C'est alors aussi que le choléra se manifesta à Larisse. Du 5 au 15 décembre, il y eut 18 cas dont 7 suivis de mort. Les Bulgares venaient d'un pays infecté ; le plus grand nombre des cas leur appartiennent ; les autres ont été observés sur des individus habitants le même quartier et des maisons voisines des logements des Bulgares. La maladie a cessé avec le départ de ces étrangers qui ont pris la fuite. Les lieux contaminés ont été désinfectés.

Smyrne. — Du 23 juin au 24 octobre, il a été reçu dans le lazaret de Smyrne 1,701 quarantenaires de provenances cholériques et dans de très-mauvaises conditions hygiéniques, parmi lesquels il y eut 14 attaques de choléra dont 9 suivis de mort. Le 23 juin, le bateau à vapeur autrichien *Archiduchesse Charlotte* venant d'Alexandrie débarqua au lazaret 293 passagers dont un jeune turc atteint de choléra qui succomba le 29 juin. Ce fut le premier cas. Parmi ces passagers, un tomba malade le 24 et mourut le soir ; deux enfants et leur mère, malades du 24 au 26, guérirent. Le 28 arriva le bateau égyptien *Gallioub* ; il débarqua au lazaret 119 passagers parmi lesquels 3 cholériques dont un mourut le 4 août. Le 29, le bateau autrichien *Archiduc Maximilien* amena 130 passagers, 5 malades dont 3 morts. Du 7 au 8 juillet, neuvième jour de l'arrivée, un de ces passagers fut pris subitement de choléra et mourut dans l'espace de 5 heures. Le 6 juillet, le bateau égyptien *Minia* débarqua au lazaret 213 passagers dont trois cholériques ; deux succombèrent. Le 8 juillet, le bateau autrichien *Stamboul*, 187 passagers, 2 cholériques morts au lazaret du 11 au 12 juillet. Tous ces navires arrivaient d'Alexandrie où le choléra faisait des

ravages, tandis que Smyrne jouissait auparavant d'une santé parfaite sans aucune apparence de prodromes cholériques.

Le premier cas de choléra en ville eut lieu le 24 juin sur une femme arménienne. Son mari en fut atteint ensuite et mourut le 4 juillet. Le 29 juin eut lieu un second cas rapidement mortel sur une femme grecque qui avait frictionné la précédente et habitait dans un autre quartier. Depuis le 24 juin il y eut en ville des cas foudroyants, mais la marche de l'épidémie fut lente jusqu'au 11 juillet. A cette époque, elle se déclara dans le quartier juif et envahit ensuite successivement toute la ville ; la mortalité s'est élevée alors à 80 décès par jour. Du 30 juillet au 7 août elle atteignit son maximum de violence, puis déclina et enfin s'éteignit au commencement de septembre. Sur une population de 100 mille âmes, sans tenir compte d'une émigration de 30 à 40 mille, il y eut de 2100 à 2500 morts, et l'on estime le chiffre des attaques à 5500, soit environ une attaque sur 20 habitants. Au mois de septembre, le choléra s'était propagé à Sokia, Thira, Kassaba et autres localités environnantes et successivement parmi les tribus d'Adala, où il fit plus ou moins de ravages.

L'ile de Mételin a échappé au choléra, bien que, pendant le temps de l'épidémie, elle ait reçu dans son port principal 235 navires en contumace, montés par 1420 marins. Ont fait escale, en outre, dans ce port, 70 bateaux à vapeur qui ont débarqué au lazaret 775 passagers. Le nombre total des voyageurs qui ont fait quarantaine a été de 2655. Ils l'ont purgée dans des campements espacés, sous des tentes et dans des baraques. Deux cas de choléra ont seulement été constatés, l'un à bord du vapeur de guerre ottoman le *Zuave* venant de Constantinople ; l'autre sur la personne du patron d'une bombarde hellénique provenant de Smyrne. Mais ces deux accidents survenus à bord sont restés isolés.

Rhodes.—Parmi les îles de l'archipel ottoman, Rhodes, la plus exposée par sa position intermédiaire entre Alexandrie, Smyrne et Constantinople, a reçu un grand nobre de provenances cholériques ; navires à voiles 222, bateaux à vapeur 66; équipages 2501, passagers 2618 : total 5119 personnes, dans l'espace de 2 mois. Le 19 juin, le bateau à vapeur égyptien *Niguilah*, provenant d'Alexandrie, débarqua au lazaret 87 passagers en très-bonne santé. Aucun accident n'avait eu lieu pendant le voyage de ce navire, d'après l'arraisonnement ; Cependant le 20 juin, le nommé Antonio tomba malade du choléra et expira le même jour. Les autres passagers de

ce convoi furent de suite transférés ailleurs sous des tentes et après une quarantaine de 10 jours, sans accidents cholériques, ils reçurent la libre pratique. Pas un cas de choléra n'a été observé à bord des navires faisant quarantaine, mais on ne peut pas en dire autant des bateaux à vapeur qui ne s'arrêtaient à Rhodes que quelques heures pour faire leurs opérations ; ils ont pu avoir des accidents après avoir quitté l'île. Quoi qu'il en soit, la population de cette île qui compte 33 mille âmes n'a pas été atteinte.

Crète. — La Crête a reçu 103 navires en patente brute de choléra, provenant d'Egypte, de Smyrne, de Constantinople. Ils étaient montés par 843 hommes d'équipage et 972 passagers, dont 184 ont fait quarantaine à bord et 788 sur trois îlots où l'on avait disposé des campements et des baraques. La surveillance a été sévère, sans communication entre les différents îlots qui sont à une certaine distance les uns des autres. La durée de la quarantaine était de 10 jours ; en cas de choléra, elle était prolongée de 10 jours après l'accident.

Deux navires, partis d'Alexandrie, ont apporté des cholériques : le vapeur *Missiri*, avec 250 passagers, eut deux décès dans le port ; un brick ottoman, 58 passagers dont 4 atteints de choléra. C'est parmi les passagers de ces deux navires que le choléra s'est développé durant la quarantaine. Trois autres navires eurent des accidents pendant leur traversée, mais sans suites ultérieures. Le *Missiri* avait débarqué ses passagers le 28 juin, la nuit du 29 tomba malade le nommé Cavourachi qui avait assisté *Molla Hassan*, mort avant le débarquement ; le 1er juillet, un boulanger et son fils furent atteints. Tous les trois guérirent après une pénible convalescence. Le 9 juillet tomba malade le nommé Nicolas qui succomba en 12 heures ; il avait soigné son propre fils, mort à bord du *Missiri* et souffrait lui-même de diarrhée depuis quelques jours. Le 5 juillet tombèrent malades deux passagers et un garde de santé. L'un des passagers meurt, l'autre guérit péniblement. Le 6 juillet est attaqué le nommé Sava qui meurt en 13 heures de maladie ; il demeurait sous la tente de Nicolas mort précédemment et qu'il avait soigné. Le 16 juillet, fut atteint le nommé Antonio, frère du pharmacien qui assistait les cholériques et avec lequel il était en rapport. Parmi les personnes de service, le garde de santé Moustafa fut atteint le 5 juillet, 7 jours après son entrée près des quarantenaires; il succomba le 8. Il avait assisté le nommé Nicolas mort dans le lazaret. Ainsi, les passagers du *Missiri* ont fourni 8 attaques et 4 décès,

plus un décès sur un garde de santé, dans l'espace de 19 jours, du 28 juin au 16 juillet.

Le brick ottoman capitaine Ali Moustafa, était arrivé le 27 juillet d'Alexandrie, à un mois de distance du *Missiri*; parmi ses 58 passagers, la plupart ouvriers venant de Suez, il y avait 5 malades de choléra dont un qui entra au lazaret; les 4 autres restèrent à bord. Le 7 août succomba dans le lazaret, le passager Gavala; le 14, Gaspard Gavala; le même jour tomba malade le nommé Michel Grecia qui mourut le 21; le 28 août succomba Athanase Russo qui souffrait de diarrhée depuis son entrée au lazaret. Le même jour tomba malade le nommé George qui cohabitait avec le précédent et qui mourut le 3 septembre; en tout cinq décès, l'épidémie ayant traîné dans ce groupe 27 jours.

Ce qui mérite ici une mention spéciale, c'est que non-seulement le choléra n'a pas pénétré dans l'île de Crête, mais qu'aucun accident n'est arrivé dans les groupes des passagers autres que ceux des deux navires qui avaient apporté des cholériques; la raison en est que les deux convois avaient fait quarantaine séparément dans deux îlots du golfe de la Sude très-distants l'un de l'autre et n'ayant aucune communication ni entre eux ni avec la grande île. Les Crétois ont su profiter de l'expérience qui avait sauvé leur pays dans les épidémies précédentes.

Benghasi n'ayant qu'un lazaret en ruine et rapproché des habitations, a isolé les quarantenaires sous des tentes dans des lieux éloignés de la ville et bien aérés. Sur 812 personnes, il n'y eut qu'un seul cas mortel de choléra sur un individu débarqué le 18 juillet du bateau à vapeur *Trablous-Gharb* provenant d'Alexandrie. Ce même bateau avait eu deux décès cholériques avant son arrivée à Benghasi. Le cas du lazaret n'eut aucune suite ni pour la ville ni pour les personnes en quarantaine dont le nombre, pendant toute la durée de l'épidémie, a été de 812, amenés par 50 ou 60 navires en patente brute de choléra.

Chypres.—Du 24 juin au 18 juillet, il est arrivé à Larnaca 42 navires de provenance cholérique, portant 573 hommes d'équipage et 1199 passagers qui ont purgé dans le lazaret une quarantaine de 5 à 10 jours. Le lazaret, construit en maçonnerie et assez vaste, est situé tout près de la ville. Sont morts du choléra, à bord des navires, 3 matelots ainsi que la femme d'un capitaine autrichien dont le fils également atteint a guéri.

Du 26 juin au 13 juillet, il y eut dans le lazaret 22 cas de choléra, 7

décès. Le 6 juillet un enfant tomba malade, trois jours après son entrée au lazaret, et mourut le soir. La mère atteinte le 7 guérit au bout de 16 jours. Un jenne homme, entré le 28 juin, fut pris de choléra le 9me jour de sa quarantaine et succomba en 5 heures de maladie. Le reste des cholériques, au nombre de 19, avaient été débarqués malades au lazaret. La première attaque en ville eut lieu le 7 juillet, 11 jours après la manifestation du choléra dans le lazaret, sur la personne de Méhémet-Abdullah, cavedji, qui avait logé plusieurs personnes à leur sortie de la quarantaine. La maladie s'est immédiatement après propagée à Larnaca, de là aux villages envirronnants et successivement à Nicosie et dans les autres parties de l'île Le nombre des cas, à Larnaca, est évalué à 438, dont 363 morts et 79 guéris, sur une population de 12 mille habitants, réduite à 4 mille seulement par suite de l'émigration.

Mersine, sur 97 navires de différentes dimensions, tant à voiles qu'à vapeur, provenant de Smyrne, Constantinople et Alexandrie ou Beyrouth, en état de contumace et portant 1953 matelots, a reçu dans un lazaret improvisé et malsain par sa position, mais complètement isolé, 450 passagers. Aucun cas de choléra ne s'est produit ni à bord avant l'arrivée, du moins d'après les déclarations des capitaines, ni après dans les lazarets; aucune communication n'a eu lieu entre les quarantenaires et la population de la ville. Cependant, le 4 octobre tombait malade le paysan Méhémet qui mourait de choléra ; sa femme le suivit de près. Cet homme venait d'Adana où déjà l'épidémie avait pénétré par une autre voie. Le choléra se répandit alors en ville et y fit de nombreuses victimes, la plupart des pauvres cultivateurs fellahs, habitants d'un quartier malsain et dans des conditions hygiéniques très défavorables.

A Alexandrette, ont fait quarantaine, sous des tentes et dans des baraques parfaitement isolées, 469 personnes parmi lesquelles 2 décès de choléra survenus le 10 juillet sur des individus malades au moment du débarquement. Ces voyageurs ont été débarqués pour la plupart des paquebots-poste, venus de Constantinople ou d'Alexandrie, au nombre de 33. Aucune autre attaque n'a été observée ni parmi les quarantenaires ni en ville. La frégate ottomane *Medjidié* que l'on avait fait ancrer à distance, eut 14 décès de choléra dans l'espace de 7 jours. Du 10 juillet, époque des deux décès survenus dans le lazaret, au 5 décembre, il n'y eut aucun cas de choléra dans Alexandrette ; mais ensuite, l'épidémie qui avait enlevé

à Karaghadch 750 personnes sur 1000 habitants, se déclara aussi à Alexandrette et y fit 20 victimes sur les 1,000 habitants dont se compose la population de cette ville. Karaghadch n'est qu'à une heure de marche d'Alexandrette sur la côte, et l'on suppose que le germe de la maladie lui a été apporté par la frégate *Medjidié* ou par quelque autre navire infecté.

Beyrouth. — Le nombre des individus arrivés d'Alexandrie, du 17 juin au 25 juillet, a été de 3,600. Ils ont fait une quarantaine de 5 à 10 jours, selon les cas. Plus de 400 étaient des pèlerins pauvres renvoyés chez eux aux frais du gouvernement égyptien. On a compté dans le lazaret 30 attaques de choléra, 15 décès. Le premier cas de mort dans le lazaret eut lieu le 29 juin sur une femme juive arrivée d'Alexandrie le 24 par le bateau à vapeur autrichien *Archiduc Maximilien* qui avait eu trois cas de choléra, dont un mortel, pendant la traversée. Le gardien Hamoud qui avait transporté sur son dos le cadavre de cette femme pour l'enterrer fut atteint quelques heures après et mourut dans la nuit. L'abbé Viale, secrétaire de Monseigneur Valerga, patriarche de Jérusalem, arrivé par le même paquebot et sorti du lazaret le 3 juillet, tomba malade le même jour et succomba pendant la nuit. Le gardien Pedros, qui avait travaillé à l'enterrement des cholériques, mourut également. Un autre gardien, Joseph Tarsouf, qui avait servi comme domestique une famille composée d'une fille et d'une mère, dont le mari était mort de choléra le 1er juillet dans le lazaret, est atteint le 3 et meurt deux jours après.

Le lazaret se trouve dans un lieu isolé et bien aéré, mais il y a eu encombrement et par suite communication entre les différentes catégories de quarantenaires. Le lazaret proprement dit, situé à l'Est de Beyrouth, ne pouvant contenir que 300 personnes, on y a suppléé, sur la plage opposée à l'Ouest de la ville, par quelques maisons isolées et un hôtel.

Le nombre des navires arrivés en contumace, depuis le début de l'épidémie jusqu'au 13 juillet, a été de 50, portant ensemble un équipage de 950 individus et 3600 passagers. Du 22 juin au 8 juillet, 6 navires dont deux à vapeur ont eu des accidents cholériques pendant la traversée d'Alexandrie à Beyrouth, en tout 12 attaques et 4 décès; le vapeur anglais *Tamanlipas*, 22 juin, 277 passagers, 1 mort; le vapeur autrichien *Archiduc Maximilien*, le 24 juin, 350 passagers, 3 attaques, 1 mort; la corvette de guerre *Cosak*, pavillon anglais, le 25 juin, 3 attaques; le brick ottoman

Fathalla, le 29 juin, 41 passagers, 3 morts; le navire ottoman *Saïda*, le 8 juillet, 51 passagers, 1 mort; le vapeur égyptien *Dossouck*, le 8 juillet, 93 passagers, 1 mort.

Le premier cas de choléra dans la ville a été observé le 1er juillet sur la personne d'un jeune homme, *Matta Farrah*, qui n'avait aucune relation avec le lazaret. Mais déjà depuis le 22 juin des arrivages d'Alexandrie avaient amené dans le lazaret de Beyrouth une masse de voyageurs ainsi que des cholériques. Avant ces arrivages, l'état sanitaire de Beyrouth était satisfaisant. Il n'y avait que quelques cas de diarrhée, de dyssenterie et des fièvres bilieuses et gastriques ne présentant rien d'extraordinaire, car ces maladies sont habituelles au pays à pareille époque de l'année. Le nombre total des morts a été, pendant les trois mois qu'a duré l'épidémie, de 493 sur 1500 attaques ; La population qui est de 75 mille âmes, se trouvait réduite des deux tiers par suite de l'émigration.

Alep. — Le premier cas de choléra a été constaté le 15 août. Jusqu'alors la santé publique avait été bonne et rien n'annonçait des troubles intestinaux pouvant faire prévoir l'imminence d'une épidémie. Mais le choléra était déjà aux portes d'Alep, car les pèlerins Persans revenaient de La Mecque dans de très mauvaises conditions de santé et rapportant avec eux les cadavres de leurs compagnons morts pendant le pèlerinage. Les démarches faites pour leur interdire l'entrée de la ville, n'ayant pas abouti, le 16 août, de très bon matin, la caravane faisait son entrée en ville. Le soir même 2 cas de choléra foudroyant étaient constatés. A partir de ce jour, l'épidémie fit des progrès incessants ; du 15 au 22 août, il y eut 28 décès ; du 22 au 28, le nombre des victimes s'éleva à 1200 ; du 28 août au 2 septembre, il y eut, en moyenne, 350 décès par jour et l'épidémie atteignit ainsi son summum d'intensité. Du 2 septembre, la moyenne est de 200 par jour; le 12, la mortalité tombe à 50 et s'y maintient jusqu'au 28 septembre. Le 2 octobre, il y a récrudescence et les décès s'élèvent encore à 100 par jour, puis ils descendent progressivement à 60, à 15, à 12; l'épidémie s'éteint enfin le 15 novembre. Le chiffre général de la mortalité a été de 7 mille, dans l'espace de trois mois, soit, sur une population de 90 mille âmes, près de 7 3/4 pour cent. La population ordinaire d'Alep est de 120 mille habitants, mais 30 mille personnes environ avaient émigré dès l'apparition de l'épidémie. Le nombre des attaques est inconnu.

Jérusalem. — L'épidémie s'est déclarée dans la ville sainte le 21 sep-

tembre, et dans l'espace de 22 jours y a fait 601 victimes, sur 1258 attaques vérifiées ; sa population est de 30,000 habitants. Les Israélites vivant dans des conditions malsaines, ont plus souffert que les Musulmans, beaucoup plus nombreux ; les premiers ont perdu 301 individus, les seconds 225 seulement. Jaffa, Hama, Homs et presque toutes les villes de la Syrie, sauf Lataquié qui en a été exempte, ont payé un large tribut à l'épidémie.

Damas. — Le choléra a commencé à Damas après l'arrivée des fuyards de Beyrouth qui étaient venus y chercher un abri et bien avant le retour de la caravane de La Mecque. « Le choléra, dit le médecin sanitaire de Damas, nous est venu, cette année, par les pèlerins qui avaient pris la voie de Suez et d'Alexandrie, et non par ceux qui sont rentrés par le désert. » Un grand nombre de pèlerins arrivés de Beyrouth allèrent se loger dans le quartier d'Eguébé, comme ils ont l'habitude de faire pendant le peu de jours qu'ils séjournent à Damas avant de regagner leurs foyers. C'est dans ce quartier que s'est montré le premier cas sur une femme turque enceinte de 6 mois et qui succomba en 18 heures de maladie. Ce serait une erreur, ajoute le médecin sanitaire, de croire que quelques cas de diarrhée et de dyssenterie observés parmi les pèlerins de la caravane fussent de nature cholérique, car ces maladies existent toujours parmi les pèlerins et jamais elles ne se transmettent à la population. Le désert, dit-il, purifie la caravane et elle arrive toujours à Damas sans propager le choléra.

Mésopotamie. — Le choléra est arrivé de La Mecque à Bagdad, ou pour parler plus exactement à Imam-Ali et à Kerbellah, par deux courants distincts : 1° par la mer Rouge, Mascate, Bassora, le Tigre ou l'Euphrate ; 2° par Alexandrie, Beyrouth, Alep et Diarbékir. Ainsi, l'épidémie partant de La Mecque avec le pèlerinage, suit deux routes différentes pour arriver à Kerbellah, autre lieu de pèlerinage. Dès le 17 juin on savait à Bagdad que les pèlerins Persans divisés en plusieurs colonnes suivaient les deux routes que nous venons d'indiquer. Le 18 août, le télégraphe annonça, voie de Bassora, que le choléra avait éclaté à Mascate et à Bender-Abbas. Le 4 septembre, fut signalé le premier cas de choléra survenu à Bassora. C'était le début de l'épidémie qui a violemment sévi jusqu'aux derniers jours d'octobre, en faisant 471 victimes sur moins de 5000 habitants, soit près de 10 pour cent.

Pour remonter de Bassora à Bagdad, le choléra avait deux voies à suivre, celle du Tigre et celle de l'Euphrate. La voie du Tigre est déserte.

Les Bédoins qui stationnent sur ses rivages s'en écartent à de grandes distances aussitôt que le choléra se déclare et l'épidémie s'éteint faute d'aliment. C'est ce qui arrive presque toujours dans ces parages. C'est ainsi qu'il y a quelques années, le choléra qui avait pénétré par Mohamara, chez les Abou-Mohammed du Sud, s'y éteignit. Le choléra a donc remonté l'Euphrate avec les colonnes des pèlerins Persans. Il s'est successivement déclaré, en serpentant selon le cours du fleuve, à Kourna, Suk-el-Chuck, Samawat, Divanieh, Imam-Ali et Kerbellah, d'où il a passé à Hillah, puis à Bagdad. C'est là exactement la route des pèlerins. A Samawat, il fit de nombreuses victimes, mais on n'en sait pas le nombre ; à Divanieh, il enleva 22 soldats de la garnison et 125 habitants ; à Imam-Ali, 3 soldats et 336 habitants ; à Kerbellah, 2 soldats et 1478 habitants et pèlerins ; à Hillah, 4 soldats et 45 habitants ; à Bagdad, du 17 septembre au 3 décembre, 262 habitants. Le choléra s'est aussi déclaré à Imam-Mousa, lieu de pèlerinage des Persans, situé à une heure au sud de Bagdad. Les pèlerins, fuyant de Kerbellah, sont rentrés en Perse par Haneguine sans qu'on leur fit faire quarantaine.

Par la seconde route, celle de Syrie, la caravane des pèlerins Persans, qui avait infecté Alep, s'est divisée en plusieurs colonnes, les unes longeant le cours de l'Euphrate, les autres celui du Tigre. Par ces deux voies les pèlerins sont arrivés au même point, c'est-à-dire à Imam-Ali et à Kerbellah portant avec eux le choléra et le semant partout sur leur passage. L'épidémie fit ainsi des ravages à Biredjik et Anah-Hit, sur l'Euphrate, et d'autre part, avec plus de violence encore, le pays étant beaucoup plus habité, à Orfa, Diarbékir et Mossoul jusqu'à Bagdad et Kerbellah.

L'une des routes que suivent les pèlerins pour rentrer dans leurs foyers au nord de la Perse, après avoir fait leurs dévotions à Kerbellah et à Samara, est celle du Kurdistan, par Suléimanié. Le choléra a été ainsi importé dans cette ville, sans toutefois qu'on puisse en établir la filiation d'une manière précise. Le choléra, dit le rapport du médecin sanitaire de Suléimanié, régnait à Alep, puis à Diarbékir et à Mossoul ; il était en octobre à Kerkouk, non loin de Samara et à 20 lieues de Suléimanié. Deux semaines après, il se manifestait dans cette dernière ville. Le premier décès, suivi de près d'un second, eut lieu le 31 octobre. Il faut aller après au 13 novembre pour trouver de nouveaux cas, et l'épidémie se maintient jusqu'au 13 février, date du rapport. La progression s'en est opérée par

bouffées : première récrudescence du 13 au 20 novembre ; la 2me du 23 au 28 ; la 3me du 1er décembre au 29 ; la 4me du 31 décembre au 22 janvier, puis il se passe 9 jours sans accidents ; la 5me récrudescence, le 1er février continuant jusqu'au 13. La rapidité de la mort est extraordinaire surtout chez les étrangers venus de Perse. Le froid n'exerce aucune influence favorable : au contraire, il a paru que les récrudescences étaient plus fortes par le froid. Le chiffre des morts, estimation approximative, a été de 300 sur 600 attaques et sur une population de 10,000 âmes. La caserne a donné 34 attaques, 17 décès, sur un effectif de 900 militaires. Le choléra s'est propagé dans les villages voisins de Suléimanié.

Samsoun. — Sur 56 bateaux à vapeur arrivés à Samsoun en patente brute de choléra, tous provenant de Constantinople et portant 3170 passagers et 1960 hommes d'équipage, 8 ont débarqué des malades ou des morts. Le 31 juillet le *Pilade*, russe, 82 passagers, 4 malades. Le 3 août, la *Tamise*, français, 120 passagers, 3 malades, 2 cadavres. Le 5 août, le *Vassitay*, ottoman, 271 passagers, 2 malades. Le 6 août, le *Sultan*, autrichien, 117 passagers, 3 cadavres. Le 7 août, l'*Oleg*, russe, 140 passagers, 2 malades. Le 9 août, le *Mersina*, français, 159 passagers, 4 malades, 6 cadavres. Le 12 août, le *Touna*, ottoman, 148 passagers, 1 malade. Le 14 août, l'*Ismith*, ottoman, 36 passagers, 1 malade. Le 17 août le *Caire*, français, 29 passagers 4 malades, 1 cadavre. En tout, du 31 juillet au 17 août, 18 malades, 12 cadavres. La quarantaine, sans accidents cholériques, était de 5 jours et de 10 jours en cas de choléra soit à bord soit dans le lazaret. Le lazaret de Samsoun consistait en une caserne située à un quart de mille de la ville et pouvant contenir un millier d'hommes, en une grande baraque à deux milles de la ville et enfin en quelques maisons à quelques pas du palais du gouvernement. L'hôpital des cholériques se trouvait tout à fait isolé à un mille de distance de toute habitation. Le plus grand nombre de quarantenaires se trouvant à la fois dans la caserne fut de 307, ainsi pas d'encombrement, dans la grande baraque 257, dans les maisons 271.

Parmi les quarantenaires arrivés par le *Vassitay*, le 5 août, il y eut 5 cas de choléra ; parmi ceux du *Pilade* arrivé le 31 juillet, 1 cas. Il n'y a pas eu d'attaque parmi les personnes affectées au service du lazaret. Somme toute, on a compté dans le lazaret 24 malades, y compris les 18 débarqués, et 12 décès, sans parler des cadavres apportés par les bateaux à vapeur.

Sauf deux prétendus cas sans preuves, la ville de Samsoun a été exempte de tout accident cholérique.

Trébisonde. — Ont fait contumace dans la rade de Trébisonde, 68 navires dont 18 à voiles. Equipages 2,558, passagers 5,073; total 7,611, dans l'espace de deux mois. Le 25 juillet, le bateau à vapeur *Junon* y débarqua un malade ; le 4 août, la *Tamise* mit à terre 3 morts ; le 6 août, le *Vassitaï* 2 morts ; le 7, le *Sultan*, 1 mort. Depuis le 25 juillet jusqu'au 28 août, on a compté, dans le lazaret, 22 malades dont 2 seulement ont survécu. Le lazaret de Trébisonde ne suffisant pas pour contenir tous les quarantenaires, on en a envoyé une partie à Ahtché-Kalé, sous la tente. Il en est mort, 17. Total des morts y compris les 6 débarqués, 45. Le maximum des quarantenaires enfermés en une seule fois dans le lazaret de la ville a été de 600, ce qui faisait encombrement. Ce lazaret est d'ailleurs attenant à la ville. Parmi les personnes de service, tant dans le lazaret que dans le campement, il n'y a pas eu d'accidents. Après l'arrivée de la *Junon* qui avait débarqué le premier malade au lazaret, on constata un cas de choléra sporadique à Trébisonde, et il fut suivi, du commencement d'août à la mi-septembre, de 45 cas, dont 28 mortels, disséminés dans toute la ville.

Erzeroum. — Le premier cas de choléra fut constaté à Erzeroum le 22 août à la suite de l'arrivée de masses d'ouvriers, kurdes et arméniens, renvoyés de la capitale où régnait le choléra. Ils étaient arrivés à Erzeroum par la voie de Trébisonde et avaient infecté plusieurs villages sur la route qu'ils avaient parcourue. Ils se répandirent dans les khans et les marchés d'Erzeroum et y semèrent le germe de la maladie. Le premier cas constaté eut lieu sur un des soldats qui travaillaient aux fortifications de la ville. Avant cette époque, aucun cas de maladie cholérique n'existait dans le pays. Du 22 août au 31, 14 cas dont 6 mortels furent constatés tant en ville que parmi les ouvriers des fortifications. Au mois de septembre, le choléra prit de l'extension et atteignit son maximum d'intensité, 343 attaques et 143 décès; au mois d'octobre, décroissance, 160 attaques, 76 décès; du 1er au 7 novembre, 4 attaques, 1 décès; du 7 au 23, point d'accident ; le 23, 12 attaques 4 décès, puis quelques cas isolés et fin de l'épidémie le 12 décembre. Total des attaques 518, décès 224.

Dans cet intervalle, 600 familles de Tchetchens venues de Russie et qui devaient être internées à Diarbékir, contractèrent le choléra et le portèrent à Mouche, ville située à 110 kilomètres d'Erzeroum. Revenant sur

leurs pas et sollicitant leur rentrée en Russie, les Tchetchens se dirigèrent alors sur Kars (106 kilomètres d'Erzeroum) et y importèrent également le choléra ; toutefois l'épidémie n'acquit une grande violence ni à Mouche, ni à Kars où elle se limita à quelques cas sporadiques.

Sinope, Batoum, Varna ont aussi reçu un grand nombre de navires à voiles et à vapeur avec des centaines de passagers. Des cas de choléra avaient eu lieu à bord de ces navires venant de Constantinople où régnait le choléra, entre les mois de juillet et août ; mais la maladie ne franchit pas la limite des lazarets, et les habitants de ces localités furent épargnés.

Bourgas a reçu en contumace 186 navires à voiles, montés par 1718 marins, parmi lesquels 3 cholériques. La quarantaine n'étant que de trois jours pleins, l'un des marins mourut en ville après la pratique. Le lazaret d'abord situé près des habitations dans un lieu malsain fut remplacé par des baraques établies sur un emplacement élevé et complètement isolé. Le nombre des quarantenaires a été de 1096. Le 6 août, le vapeur ottoman *Malakoff* débarqua 5 cholériques qui succombèrent tous. Deux gardes de santé qui avaient servi les malades furent atteints de choléra; l'un des deux succomba. En ville, sauf quelques cas de cholérine, il n'y eut pas d'accidents graves, ni mortels.

Kustendjé. — Sont arrivés à Kustendjé, en état de contumace, 95 navires, dont 28 à vapeur, avec 928 hommes d'équipage et 580 passagers, sans malades. Pendant la quarantaine, qui était de 3 jours, 11 accidents furent observés à bord de ces navires. Les passagers débarqués et envoyés à deux milles de la ville pour purger leur quarantaine sous des tentes, n'ont offert à l'observation aucune attaque dans ce court espace de temps, mais un gardien y fut atteint le 4 août et son fils le 5. Tous les deux succombèrent.

Pendant le mois de juillet, la santé publique ne fut pas altérée en ville, mais vers la fin du mois, une diarrhée bilieuse fut remarquée. Le 2 août, un employé de la quarantaine tomba malade de choléra et succomba ; le 4 fut atteint un forgeron, c'était un Anglais jeune et fort qui guérit ; le 5 mourut un Anglais et le commis de la quarantaine. Le choléra se propagea ensuite dans toute la ville et parmi les ouvriers Bulgares qui s'en allèrent à la montagne, où ils enterrèrent plusieurs des leurs, et qui ensuite quittèrent le pays. On calcule, pour la ville, 120 décès sur 4 mille habitants et dans l'espace d'un mois.

Soulina.— Sur un nombre de 887 navires ayant 365 passagers et 7983 hommes d'équipage, on a constaté 30 cas de choléra, ayant eu lieu soit en rade soit avant l'arrivée de ces navires. Le lazaret, composé de deux bâtiments, comprenant ensemble 8 chambres et quelques baraques, a reçu un total de 518 quarantenaires. Le chiffre maximum des individus renfermés en même temps dans le lazaret a été de 73 et il n'y a pas eu encombrement. La durée de la quarantaine était de 5 jours pour les personnes provenant de bâtiments à bord desquels aucun cas de choléra ne s'était déclaré pendant la traversée, et de 10 jours pour celles qui se trouvaient dans le cas contraire. Il ne s'est produit de cas de choléra dans le lazaret que parmi les marins provenant du navire de guerre ottoman *Esseri-Djedid*. Sur 12 cas il y eut 5 décès, le 30 et le 31 juillet. Plusieurs des marins débarqués étaient déjà attaqués du choléra lors de leur entrée au lazaret. Les autres en ont été atteints 24 heures après leur arrivée. Aucune personne attachée au service du lazaret n'a eu le choléra. A l'office sanitaire, en ville, trois gardiens atteints sont morts, En ville la première attaque eut lieu le 2 août, et jusqu'au 20 du même mois la maladie exerça de grands ravages, augmentant et diminuant graduellement. Sur une population de 3 mille âmes, réduite par la fuite à moins de 1580, il y eut environ 350 attaques et plus de 300 décès. Le choléra s'est propagé après le débarquement des marins de l'*Esséri-Djedid*, venant de Constantinople. A Saint George, village situé à sept heures de marche de Soulina, il s'est déclaré après l'arrivée des personnes qui étaient venues de Soulina s'y réfugier. A l'Eté, village situé à deux heures de marche seulement, aucun cas ne s'est produit, les habitants n'ayant pas reçu chez eux et n'ayant eu aucune relation avec les individus de Soulina qui s'étaient enfuis dans cette direction.

Toultcha, Roustchouk, Vidin. — En remontant le Danube, le choléra s'est manifesté à Toultcha parmi les matelots arrivés, le 2 août, de Constantinople pour monter les navires de guerre stationnant dans le fleuve. Ils faisaient quarantaine à bord des navires; du 4 au 15 août, ils ont eu 10 attaques et 14 décès.

Successivement fut attaqué et mourut le négociant Economopoulo, fournisseur des bâtiments de guerre ottomans, qui, pour ses affaires, était en rapport avec les militaires de la station navale. Un autre cas survint à bord de la canonnière ottomane *Varna* dont les marins avaient eu des rap-

ports de service avec leurs camarades récemment arrivés. Vint ensuite le muezzin, Hadji-Mustafa, en relation avec les soldats de la marine. C'est ainsi que l'épidémie, ayant pris naissance parmi les marins, se propagea à Toultcha. Le 21 août, on comptait 12 décès de choléra. Depuis le 10 du même mois jusqu'au 16 septembre, on a évalué le chiffre des morts à 200 sur une population de 20 mille âmes. C'est aux militaires nouvellement arrivés et qui avaient eu, pendant leur traversée de Constantinople au Danube, des malades et des morts,qu'est attribuée l'importation du choléra dans le pays.

A Roustchouk on observa les premiers cas parmi les ouvriers Bulgares que nous avons vus tout à l'heure quitter Kustendjé après avoir perdu nombre de leurs camarades frappés par le choléra. La maladie se propagea d'abord parmi les Bulgares, leurs compatriotes, et successivement elle se développa dans les quartiers grec, turc et arménien. Elle dura 16 jours et enleva 131 individus sur 360 attaques et sur 22 mille habitants que compte la ville de Roustchouk.

Avançant en amont, le choléra se manifesta à Vidin, en débutant par la prison de la ville, où l'on observa les deux premiers cas, sans aucune relation connue avec l'extérieur ni avec le lazaret consistant en un hôtel et des tentes dressées sur le bord du Danube et tout près de la ville, On fait quarantaine 287 personnes, et le chiffre maximum des individus enfermés en même temps dans le lazaret a été de 104. La durée de la contumace était de 5 jours lorsqu'il n'y avait pas eu d'accident pendant la traversée des navires, et l'on y comprenait les jours du voyage s'il y avait à bord un garde de santé. De sorte que la quarantaine était souvent réduite à zéro ou à peu près. On s'explique ainsi comment il a pu y avoir des cas en ville, sans que l'on en eût observé dans la quarantaine. En effet, après la prison vint le quartier israëlite, puis le quartier musulman qui à eux deux fournirent le plus fort contingent à l'épidémie. Celle-ci n'a pas du reste été aussi violente qu'à Soulina. Le chiffre des décès monta à 110, y compris 38 parmi les soldats de la garnison, sur 300 attaques et 25,000 habitants.

Des bords du Danube, le choléra s'est avancé dans l'intérieur et l'on a signalé de petites épidemies dans plusieurs localités de la Bulgarie. Il en a été de même du côté de Salonique pour la Macédoine. Philippopolis et Pasardjik ont fourni leur contingent, ainsi que Sérès et Florina qui l'a

transmis, comme nous l'avons remarqué plus haut à la ville de Larisse. Nous ne saurions pas donner des détails sur l'étendue et les ravages des épidémies circonscrites dans ces lieux, mais il est certain qu'elles ont succédé partout aux invasions des villes maritimes dont nous avons fait mention dans le présent rapport.

Valona.— Parmi 22 navires provenant de localités infectées de choléra le *Nil*, vapeur autrichien, parti de Constantinople le 7 août, arriva le 12 à Vallona ayant perdu en route 12 passagers morts de choléra. Il débarqua 416 passagers dont 5 malades parmi lesquels un mourant qui succomba le lendemain. Les passagers furent placés dans une île par groupes séparés, les malades dans un groupe à part sous des tentes. On leur fit purger 10 jours de quarantaine ; les malades ont guéri ainsi que beaucoup d'autres qui avaient la diarrhée. Il n'y eut pas d'accidents nouveaux ni parmi les quarantenaires ni parmi les hommes de service. Seulement le jour de la pratique, le nommé Kiriaco fut pris de symptômes cholériques et succomba en quelques heures. La ville n'eut aucun rapport avec l'île de la quarantaine et la population resta indemne.

Parmi les localités qui ont été exemptes de l'épidémie, bien qu'elles eussent reçu des navires provenant de lieux infectés, nous citerons *Gallipoli*, situé entre deux foyers tels que Constantinople et les Dardanelles, et qui reçut cependant 89 navires, caboteurs pour la plupart, montés par 472 hommes d'équipage et 109 passagers ; Echelle-Neuve : 16 navires, 112 marins, 200 passagers ; Chio : beaucoup de navires, nombreux passagers et quelques cholériques, dont la quarantaine a été purgée sur un îlot des îles Spalmadores ; Adalia : 184 navires, 1688 marins, 350 passagers ; Allaya : 175 navires, 1733 marins, 2217 passagers, maximum à la fois dans le lazaret 214 ; Durazzo : 58 navires, 434 marins, 50 passagers La plupart provenaient de Constantinople, Smyrne, Alexandrie, lieux essentiellement compromis, mais aucun accident n'était arrivé à bord ni durant la traversée. *(Renseignements extraits des archives de l'administration sanitaire ottomane.)*

Odessa.—Cette ville a ressenti les premières atteintes de l'épidémie qui régnait à Constantinople vers la mi-juillet. Du 14 au 17 de ce mois, on y observa 4 cas de choléra sporadique, dont un suivi de mort. Ce ne fut que du 11 au 16 que deux navires partis de Constantinople y apportèrent de nouveaux germes. L'*Emilia Luisa*, sous pavillon autrichien, qui avait eu

un décès de choléra en route, débarqua au lazaret un matelot atteint de cette maladie. Le navire italien *Concentino* apporta au lazaret 4 malades dont 2 moururent le 14 août. C'est du lazaret que le choléra s'est propagé dans la ville et son développement a été observé avec une grande précision. Le 17 août tomba malade le nommé Gouline, douanier au service de la quarantaine. Transporté d'abord à son domicile près de Moldovanka et le lendemain à l'hôpital de la ville, il y expira une heure après. Sa femme, son fils, une servante furent aussi atteints, et cette dernière succomba. Le 3 septembre fut pris de choléra l'ouvrier Dorfman au port de la quarantaine; il fut aussi transporté à son logement dans le quartier des juifs. Son camarade qui l'avait soigné tomba malade, ainsi que la concierge de la maison voisine, le mari de celle-ci et leur fille. De tous ces malades, Dorfman seul survécut. Le 4 septembre, l'ouvrier Bochinsky allant de la quarantaine à son domicile, se sentit pris de choléra, il succomba le lendemain. Ce jour-là, ses deux enfants furent atteints et deux jours après sa veuve qui mourut le lendemain. Ainsi le choléra, importé par les deux navires susmentionnés dans le lazaret d'Odessa, s'est communiqué au port de la quarantaine et de là au quartier de la Moldovanka, à l'hôpital de la ville et successivement à Pérésip où il avait été établi un hôpital de cholériques. Il faut bien noter que la Moldovanka, l'hôpital de la ville et le faubourg de Pérésip sont des localités éloignées les unes des autres et placées dans des directions opposées. Moldovanka eut 69 cas ; l'hôpital de la ville 18 dont 4 infirmiers ; le faubourg de Pérésip, 29 parmi lesquels 6 infirmiers ou employés de l'hôpital. On a observé en outre des cas disséminés dans différents quartiers de la ville, dans la banlieue, dans le lazaret et à bord des navires; en tout 236 cas et 109 décès sur une population de 118,000 âmes, et à partir du 6 août, début de l'épidémie jusqu'au 14 septembre, date du dernier accident cholérique.

Presque en même temps le choléra se manifestait en Podolie, importé dans le village de Borchi par des ouvriers allemands qui avaient séjourné à Galatz le 22 juillet, époque à laquelle y sévissait l'épidémie. Un enfant qui souffrait de la diarrhée mourut le 29, puis sa mère et deux autres enfants. Le choléra se propagea dans le village et fit 33 victimes sur 558 habitants. Les Allemands perdirent 8 individus. De là le choléra passe à Gavinosa, autre village qui eut 22 morts sur 444 habitants. Le 17 septembre, il se déclara à Bogopol et dura jusqu'au 3 octobre. Sur 2,275

habitants, 202 furent atteints de l'épidémie et 65 moururent. Le 29 septembre le choléra était à Balta; sur 2,200 habitants juifs, 416 furent atteints et 147 succombèrent. Il apparut ensuite dans les districts de Jampol, de Mohilew, d'Olgopol, de Vinnitzi et de Litinsk, où il fit quelques victimes. Du 26 juillet au 15 novembre, il y eut dans le gouvernement de Podolie 1361 cholériques et 426 décès. A Kertch, depuis le 17 août au 27 octobre, 82 malades et 41 décès. A Berditchew, du 27 septembre au 14 novembre, sur 2,898 cas, 573 décès. Du 11 octobre au 14 novembre, le gouvernement de Kiew fournit 3,243 cas de choléra et 587 décès. Du 1er octobre jusqu'au 22, dans le gouvernement de Kherson, il y eut 56 malades, 24 décès. Du 12 octobre au 15 novembre, on compta à Taganrog 175 victimes sur 625 malades. A Zitomir, du 15 octobre au 1er novembre, 644 attaques, 225 décès. Des cas de choléra se manifestèrent pendant le mois de novembre, dans plusieurs districts des gouvernements de Volhynie, de Kovno, de Tver et deVoronège, sans y prendre une grande extension. Il y eut aussi un cas sporadique à Vilna et un à Saint Pétersbourg. *(Communication de M. le Dr Bykow.)*

Un fait qui se rattache à l'épidémie d'Odessa est celui de la femme d'un artisan allemand qui quitta cette ville le 16 août pour se rendre à Altenbourg avec son enfant âgé de 21 mois et affecté de diarrhée. Le 24, elle était installée chez son père après 9 jours de voyage. Le 27, la diarrhée de l'enfant s'étant considérablement aggravée, la mère fit venir le Dr Geinitz pour lui prêter ses soins. Ce jour-là la mère était en état de parfaite santé. Le même jour, à 9 heures du soir, elle tomba malade du choléra et y succomba le 29 août dans la matinée. A 8 heures du soir sa belle-sœur qui habitait la même maison, fut atteinte à son tour; elle mourut le 30 août. La maison où étaient mortes ces deux femmes, devint le premier foyer d'infection d'où la maladie se propagea dans toute la ville. La famille d'un ouvrier, mort le 13 septembre à Altenbourg, importa la maladie à Werdau. L'habitation occupée par cette famille fut le point de départ d'une épidémie qui enleva 2 o/o de la population de la ville. Ce fait rapporté par le Dr Pettenkofer est des plus concluants au point de vue de l'importation du choléra.

La Grèce a suivi un système de quarantaine très-sévère. Elle a refusé l'entrée de ses ports à tous les bâtiments qui avaient des cholériques à bord, à l'exception des îles de Delos et de Skiathos où ils étaient admis à

purger leur contumace. Ceux des bâtiments provenant de lieux contaminés, mais qui étaient dans des conditions moins défavorables parce qu'ils n'avaient pas de malades, étaient autorisés à faire quarantaine dans les ports à lazarets de Salamine et de Corfou. Le nombre de ceux qui l'ont subie dans les différents ports a atteint le chiffre de 1,500 celui des passagers et équipages a été de 26,000 y compris 2721 voyageurs arrivés par la voie de terre et dont la quarantaine a eu lieu dans quatre lazarets situés à la frontière. Parmi les 1500 bâtiments 334 portant 3644 marins et 2854 passagers,en tout 6498 personnes, ont purgé leur contumace à Délos, et 26 bâtiments avec 218 marins et 913 passagers,en tout 1131 personnes, à Skiathos. Douze navires sont arrivés avec des cholériques à bord, dont 1 de Smyrne, 9 de Constantinople, 1 d'Alexandrie, 1 de Port Saïd.

Le *St Nicolas* arriva, le 18 juillet, de Smyrne en 36 heures avec sept matelots et 136 passagers et débarqua au lazaret 11 morts et 22 malades. En quatre jours le nombre des malades augmenta considérablement, et il mourut 40 personnes. Ainsi, sur 143 individus on compta 54 décès, 14 à bord du navire et 40 dans le lazaret. L'*Alemana*, arrivée de Constantinople le 5 août avec 40 passagers et 14 hommes d'équipage, perdit en route 3 passagers et débarqua 3 malades qui guérirent. Ces deux navires ont fait quarantaine à Délos. Les suivants l'ont purgée à Zoungria, (île de Skiathos). Le brick du capitaine G. Sarri, arrivé le 27 juillet de port Saïd, 12 hommes d'équipage, 92 passagers, eut 2 morts pendant la traversée et plusieurs malades. Au lazaret le nombre des malades atteignit le chiffre de 57, parmi lesquels il y eut 44 décès dont deux gardes de santé embarqués à Syra. La bombarde du capitaine D. Chorèdites arrivée de Constantinople le 28 juillet, 15 matelots, 44 passagers, eut deux morts pendant la traversée et 4 malades ; le nombre des malades monta en quelques jours à 22 parmi lesquels 6 succombèrent dans le lazaret. Le nombre total des attaques fournies par les douze provenances susmentionnées a été de 161 dont 99 suivies de décès. Le régime quarantenaire de la Grèce était de 11 jours pleins pour les provenances cholériques et de 5 jours pour les arrivages suspects, à compter, dans l'un et l'autre cas, du jour de la reconnaissance à l'arrivée, et sans jamais y compter la traversée. La Grèce a été préservée de l'invasion du fléau et elle attribue ce résultat à la sévérité de son système quarantenaire. *(Extrait d'une communication officielle de M. le Dr Maccas.)*

Parmi les localités qui ont échappé au choléra pour avoir refusé tout accès aux provenances cholériques, nous devons signaler la Sicile qui a été indemne malgré son voisinage avec les foyers du continent italique de l'autre côté du détroit. Nous citerons aussi l'île de Samos, dans l'Archipel Ottoman, qui s'en est préservée par le même système, bien qu'elle fût entourée de foyers cholériques.

A Trieste, le choléra n'a pas fait de grands ravages. Les premiers 3 cas, observés le 28 septembre, furent suivis de deux autres le 14 et le 15 novembre, dans le village de Prosecco situé à 8000 mètres de la ville. Le 29 eut lieu un cas dans le faubourg de Guardiella. De là le choléra avança dans la ville, de l'Est à l'Ouest, procédant par cas isolés, sauf dans trois maisons où l'on en constata plusieurs sous le même toit. Du 28 septembre au 19 novembre, on a compté 83 malades et 60 morts. Le choléra s'est propagé aussi dans le village d'Optchina, (5 cas), et successivement à Muggia, petite ville située à 2 heures de Trieste, où il a sévi du 24 octobre au 15 novembre avec une force moyenne. Cette localité est habitée par beaucoup de blanchisseuses qui apprêtent le linge des habitants deTrieste.

Bien que les premiers cas de choléra aient été observés le 28 septembre, il y eut cependant des diarrhées et même des cas de cholérine assez prononcés, sans être mortels, pendant le mois de juillet; mais ces cas même avaient disparu pendant les mois d'août et de septembre jusqu'au 28, sauf les diarrhées qui avaient persisté. Or, on se demande quelle a pu être l'origine de ces diarrhées, de ces cholérines et enfin du choléra de Trieste? Quelques gens ont accusé trois ouvriers lapidaires de l'avoir apporté d'Ancône au commencement du mois de septembre. D'autres, avec plus de raison, en attribuent l'importation aux réfugiés d'Alexandrie qui dès le début de l'épidémie dans cette ville allèrent en grand nombre à Trieste où ils s'arrêtèrent. Aussi la cholérine et les diarrhées y existaient-elles depuis le mois de juillet. N'a-t-on pas le droit, après cela, de rapporter les phénomènes cholériques de Trieste à l'émigration venue d'Egypte au mois de juin? Nous le pensons, mais nous manquons de preuves suffisantes pour l'affirmer.

Voici du reste quelques renseignements officiels qui comme les précédents, nous ont été communiqués par M. le Dr Polak sur la quarantaine de Trieste. En principe, l'Autriche n'admet pas de quarantaine contre le choléra; en raison cependant de la violence de l'épidémie en Egypte et à

Constantinople, on avait établi un régime de 7 jours d'observation pour les provenances des contrées suspectes, observation réduite à 48 heures si la traversée avait duré 14 jours, sans accidents. Si, au contraire, la patente était brute et qu'il y eût eu des accidents sur mer, les navires étaient alors assujettis à la quarantaine de rigueur comme pour les provenances de fièvre jaune. Le nombre des quarantenaires mis en observation à Trieste depuis le 18 juin 1865 jusqu'au 7 février 1866 a été de 11,108 individus. Pendant la quarantaine d'observation, la femme Puccinotti, arrivée le 4 août d'Alexandrie, tomba malade de choléra le 8. Le nommé Anderson arrivé d'Ancône le 24 août, après une traversée d'un jour, devint malade quelques heures après son arrivée. De plus, entre le 7 août et le 20 octobre' trois accidents mortels survinrent à bord de trois navires de provenance cholérique et mis en quarantaine.

Depuis dix ans l'ITALIE était exempte de choléra, lorsque le 7 juillet fut signalé le premier cas d'Ancône après l'arrivée du bateau à vapeur *Principe Carignano* provenant d'Alexandrie (*communication de M. le Prof. Bosi.)* D'après des renseignements transmis par le gouvernement français à MM. les Délégués qui le représentent à la Conférence, aucun cas sporadique n'avait été observé précédemment, aucune des personnes enfermées dans le lazaret n'a été atteinte de choléra, et il paraîtrait que la maladie a été importée en ville par des effets appartenant à des malades venus d'Alexandrie. On attribue en effet le premier cas à une laveuse qui avait pris au lazaret du linge provenant des passagers arrivés d'Egypte. Le choléra s'est ensuite immédiatement répandu dans presque tous les quartiers. Ayant commencé le 7 juillet, il a duré 74 jours et a atteint son maximum d'intensité le 6 août. Resté stationnaire jusqu'au 10, il est allé ensuite en décroissant et a cessé le 20 septembre. Sur une population de 46,000 habitants, réduite au chiffre de 20,000 par l'émigration, on a compté 3,763 attaques et 2,108 décès. L'épidémie s'est successivement propagée dans 21 communes de la province d'Ancône, se manifestant dans presque toutes à la suite de l'arrivée des fugitifs. La quarantaine imposée aux arrivages d'Egypte était de 7 jours sans purification ni des navires, ni des effets, ni des marchandises.

L'épidémie ne s'est pas cependant propagée dans l'Italie supérieure *(Annali Universali di Medicina, fébbrajo 1866)*, ce qu'on attribue aux mesures prises pour y étouffer les premiers germes. C'est ainsi que le premier cas

importé à Milan n eut pas de suite. La femme *Conforti* partie d'Ancône, après une courte quarantaine, fut saisie du mal en chemin de fer et alla mourir à Pistoie ; mêmes mesures, même résultat. Le même fait se renouvelle à Ravenne. A Bologne, le germe plusieurs fois importé, cède devant les mesures appliquées avec ténacité et persévérance par les autorités sanitaires. Mais ailleurs il n'en a pas été ainsi : A San Severo, une des stations de la voie ferrée entre Ancône et Foggia, ville de 18,000 habitants et en communication directe avec le principal foyer du choléra, le mal se déclare avec fureur dans le courant du mois d'août. Il envahit ensuite, en suivant le parcours du chemin de fer, tout le versant Oriental de la basse Italie depuis Pescara jusqu'à Otrante. L'épidémie de Naples vient après, mais nous n'en connaissons pas les détails, faute de documents authentiques.

Quant à Marseille, le premier navire qui y apporta des cholériques fut le *Stella*, parti d'Alexandrie le 1er juin avec 67 pèlerins de La Mecque. Huit jours après son départ, le 9 juin, il jeta à la mer deux morts de choléra. Le 11 juin, il débarquait les 65 restant, parmi lesquels le nommé *Ben-Kaddour* qui succomba en touchant terre. *(Archives générales de Médecine)*. Voici à ce sujet, du reste, des renseignements officiels qui nous sont communiqués par M. le Dr Fauvel. Le nombre des navires arrivés à Marseille du 15 juin au 10 décembre, en patente brute de choléra, a été de 390 dont 143 à vapeur et 247 à voiles. Ils étaient montés par 16,041 personnes (équipages, 10,503 ; passagers, 5,538.) Parmi les bateaux à vapeur 12 sont arrivés à Marseille avec le choléra. Le *Stella* eut 2 décès, le *Saïd* 2, le *Tarifa* 1, le *Vincent* 1, le *Copernic* 1, le *Cella* 1, l'*Asie* 2, le *Saïd* 2 la *Marie-Louise* 3, le *Brésil* 1, l'*Oronte* 1, le *Bysantin* 1. En outre, il a été admis et traité au lazaret de Marseille 6 cholériques, 2 malades de cholérine, 8 de diarrhée, 2 de dyssenterie. Deux des cholériques venaient d'un aviso de guerre, le *Daim*.

Après Marseille, l'épidémie s'est déclarée à Toulon, Arles, Aix, où elle a fait de grands ravages. Elle est ensuite arrivée à Paris qui recevait tous les jours, par les chemins de fer, des flots de voyageurs venant du Midi.

L'Espagne, comme nous allons le voir, a été cruellement éprouvée par l'épidémie de 1865, qui y fit sa première apparition à Valence. Le premier cas de choléra constaté dans cette ville eut lieu le 8 juillet, la santé pu-

blique ayant été jusque là généralement bonne. Le choléra y fut importé par un nommé Honoré Teissier, négociant français, venant d'Alexandrie par la voie de Marseille. Il est le premier qui ait été frappé ; il succomba le jour même, et on est d'autant plus fondé à supposer que c'est lui ou ses bagages qui ont importé le choléra, que les victimes frappées successivement habitaient la même maison. La marche de l'épidémie a été irrégulière. Du 8 au 30 juillet elle fait 20 à 25 victimes ; du 1er au 20 août, 50, 70, 96 journellement ; du 21 au 30 elle descend à 45 pour remonter ensuite jusqu'à 100. Les 8, 9 et 10 septembre, il y a 600 victimes ; du 11 au 15, de 45 à 70. Après cette date la maladie baisse pour disparaître le 22 octobre. En somme, sur la population de Valence montant à 107,000 habitants, mais dont 40,000 environ avaient émigré, le nombre des attaques a été de 11,000 et celui des décès de 5,100 De Valence la maladie s'est propagée dans presque toutes les villes et villages des environs dans toutes les directions. Les provenances des lieux infectés étaient soumises, après l'invasion du choléra, à une quarantaine de 5 jours, les marchandises étaient ventilées ainsi que les effets des voyageurs ; Valence n'ayant pas de lazaret, on y avait improvisé une quarantaine qui n'était pas rigoureusement observée.

Palma.— On croit que l'invasion du choléra à Palma s'est produite par l'introduction en contrebande d'une caisse de soies et laines provenant d'un lieu infecté par l'épidémie et apportée par un navire espagnol. Les personnes qui ont ouvert cette caisse ont été les premières atteintes ainsi que les habitants et les voisins de la maison où cette caisse était déposée. Le premier cas de choléra eut lieu le 19 août. La maladie s'est propagée d'une manière très-rapide. Le maximum des accidents a été du 12 au 23 septembre ; est arrivée ensuite la période de décroissance, puis la cessation de la maladie le 15 novembre. Le nombre des attaques a été de 4268, celui des décès de 2892, sur une population de 50,000 âmes, que l'émigration avait réduite à 10,000. Le choléra s'est étendu à toutes les localités situées aux environs de la ville, malgré les cordons sanitaires qu'on y avait établis.

Carthagène *et* Murcie.— On suppose que la choléra a été importé de Valence à Carthagène, et de là à Murcie, puis à Alcantarilla et à Cieza en suivant le chemin de fer. L'épidémie se montra d'abord sous forme de cholérine. Le 10 septembre la maladie devenait grave ; du 15 au 25 elle était dans toute sa force. Elle diminuait le 1er octobre, mais alors elle écla-

tait à Murcie dès le 20 septembre avec des alternatives de diminution et de recrudescence et ne disparaissait définitivement que vers le 15 novembre. Les émigrés qui rentraient étaient particulièrement frappés. Le chiffre des décès à Carthagène a été de 900 sur une population de 25,000 âmes, mais les 17,000 avaient émigré. A Murcie il y eut 879 décès sur 37,000 habitants, diminués de 12 à 15,000 par l'émigration. Il a été observé que le choléra s'est propagé de maison à maison et presque par famille. Le principal hospice de Carthagène, situé au centre de la ville, fut fermé aux cholériques que l'on envoyait dans un établissement spécial, et il ne s'y produisit pas d'accidents.

Séville. — L'invasion du choléra dans cette ville date du 6 septembre, époque précédée d'un état sanitaire très-satisfaisant. On prétend que les matelots d'un vapeur faisant le service régulier entre Valence et Marseille, à leur arrivée à Séville, ont porté du linge chez une blanchisseuse qui fut attaquée le même jour et succomba immédiatement. La maladie s'est propagée rapidement en faisant de nombreuses victimes, mais elle n'a atteint son maximum d'intensité que du 12 au 30 octobre. Elle a cessé le 30 novembre. Sur une population de 120 à 130,000 habitants, on a constaté 4330 cas et 2674 décès. L'émigration est évaluée à 25,000 individus. La maladie qui avait d'abord envahi les faubourgs, a été apportée plus tard dans la ville par les familles qui venaient s'y réfugier ; c'est de la même façon qu'elle s'est aussi propagée dans 19 villages groupés autour de Séville.

Barcelonne.—La santé générale était bonne lorsqu'arriva à Barcelonne l'escadre Anglaise venant de Malte où sévissait le choléra; on lui en attribue par conséquent l'importation. D'autres prétendent qu'il a pu se communiquer à la ville par suite de ses relations fréquentes avec Valence et Marseille. Les cas constatés du 22 juillet au 10 août n'étaient que sporadiques, et les premieres personnes atteintes appartenaient à la classe aisée. La maladie, restée stationnaire pendant tout le mois d'août, a atteint son maximum d'intensité vers le milieu de septembre, et a alors commencé à décroître ; à partir du 15 octobre, les cas sont devenus de plus en plus rares et ils ont enfin cessé vers le 15 novembre. Le nombre des décès a été de 1799, chiffre officiel. La population de Barcelonne qui compte 190,298 habitants était réduite de plus de moitié par l'émigration. La plupart des villages qui avoisinent Barcelonne ont été attaqués par le fléau.

La contumace pour les provenances cholériques a été de 3 à 5 jours

dans les villes d'Espagne, où l'on avait improvisé des lazarets temporaires, la quarantaine de rigueur devant se faire, d'après la loi espagnole dans les ports de Vigo, de Cadix et de Mahon pourvus d'établissements appropriés. Les mesures n'étaient pas partout rigoureusement observées.

Nous devons ces renseignements sur l'Espagne à MM. les Délégués de France qui les ont reçus de leur gouvernement. MM. les Délégués d'Espagne, en nous les confirmant pour la plupart, y ont ajouté d'autres informations dont nous extrayons les données suivantes :

Madrid a été aussi éprouvé par le choléra qui y fit son apparition le 15 août et finit le 29 novembre, après y avoir fait 2869 victimes (1323 hommes et 1546 femmes). L'hôpital général fournit 520 décès (297 hommes et 223 femmes). On croit que le choléra y a été importé de Valence.

Le choléra s'est propagé dans la province de Navarre, en se faisant remarquer par l'absence des crampes et par cette particularité qu'il sévit d'abord et très-spécialement sur les enfants et les vieillards. Il parut aussi à Avila où on l'a cru importé par les vêtements d'un militaire provenant de Madrid où régnait l'épidémie. Il n'y eut cependant que 12 cas et 4 décès, la maladie ne s'étant non plus propagée dans aucune autre partie de la province. Dans la ville de Sainte-Ollala (province de Huelva), le choléra importé de Séville a présenté des circonstances remarquables de transmission ; la première attaque porta sur un des notables de la ville qui fut visité par plusieurs personnes dès le premier jour. Le jour suivant tombèrent malades 18 de ces personnes, justement les amis les plus intimes du cholérique dont ils avaient serré la main.

Alicante.—Il a été constaté que le choléra a été importé à Alicante par l'introduction frauduleuse de quelques colis de marchandises provenant de Marseille. Ce fut dans la maison où les articles de contrebande furent transportés pour être vendus en détail qu'éclata d'abord la maladie ; elle se propagea de là et très vite aux maisons voisines, puis au reste du quartier dit des pêcheurs et enfin au centre de la ville. Le choléra ne fit que 517 victimes.

L'Espagne est divisée en 49 provinces, ou départements, dont 31 ont été envahis. Les localités basses, traversées par des rivières, les villes les plus malsaines ont été les plus maltraitées, comparativement à celles placées sur des collines et dans des lieux élevés ou déclives. A Ciudad-Real les quartiers hauts de la ville, qui avaient interrompu les communications

avec les quartiers bas attaqués du choléra, ont joui d'une immunité complète.

Le Portugal.— Vers le mois de juillet, le choléra sévissait en Espagne et avançait progressivement vers la frontière du Portugal jusque là indemne. Le 1er octobre, il parut à Elvas, ville et place de guerre de l'Alemtejo et y fit une cinquantaine de victimes. Le choléra se manifesta aussi sur la frontière du nord, à Freixo da Espada à Cinta, sans y faire beaucoup de ravages. Mais voici un cas d'importation qui mérite d'être cité. Une femme et sa servante partirent d'Elvas, pendant que le choléra y existait, et allèrent à Porto, où le choléra n'existait pas. L'une et l'autre tombent malades et y succombent. Un employé de l'administration habitant au premier étage de la même maison est attaqué et meurt. Deux enfants, dont la famille était logée dans la partie inférieure de la maison, sont atteints aussi ; mais ils guérissent. M. de Soveral, délégué du Portugal à la Conférence a été témoin de ces faits qui se passaient à l'époque de l'exposition internationale qui eut lieu cette année à Porto. On fit tout alors pour étouffer le mal à son origine : on séquestra rigoureusement les malades, on détruisit par le feu leurs effets, et l'on procéda par tous les moyens habituels à l'assainissement des habitations. Le mal s'arrêta ainsi. Cependant une influence cholérique se manifesta dans le pays et notamment à Lisbonne, influence caractérisée par des vomissements et de la diarrhée, quelquefois risiformes, et dans quelques cas accompagnés de crampes, de refroidissement etc., mais c'était là toute la manifestation épidémique et sans mortalité. *(Aperçu historique du choléra et de la fièvre-jaune en Portugal, 1833-65, par M. le Dr Gomez.)*

Malte. — Le 31 mai arriva d'Alexandrie le bateau à vapeur anglais *Ephesus* avec 235 pèlerins dont 61 à destination de Tunis restèrent à Malte jusqu'au lendemain. Le capitaine a déclaré que 3 hadgis étaient morts dans le trajet, l'un de gangrène, l'autre de constipation, le troisième d'épuisement sénile, et que leur cadavres avaient été jetés à la mer. Le navire fut reçu en libre pratique. Entre le 1er et le 9 juin, sept bateaux à vapeur de la même provenance amenèrent 237 passagers, la plupart hadgis. Le 10, l'*Olympus* arriva d'Alexandrie en quatre jours de voyage ; un homme de son équipage souffrait d'une maladie intestinale. Du 12 au 14, cinq bateaux arrivèrent encore avec des passagers. Dès le 14, le gouvernement ayant reçu un télégramme annonçant que le choléra existait en

Egypte, les provenances d'Alexandrie furent soumises à 7 jours de quarantaine à compter de l'arrivée à Malte. Le 14 arriva le *Memnon* en 4 jours de traversée, 22 passagers, 11 hadjis, 1 mort de maladie intestinale. Du 14 au 19, le *Caire*, le *Nianza*, la *Marie-Antoinette*, l'*Assyrien*, le *Rhône*, portant ensemble 248 passagers dont 37 pèlerins musulmans. Le capitaine du *Rhône* déclara qu'un passager et un chauffeur étaient morts en mer du choléra. Le 20 juin, le chiffre des passagers en quarantaine était de 254, plus 34 individus en communication avec eux.

Ce même jour (20 juin) eut lieu le premier cas de choléra dans un bâtiment appelé l'hôpital de Peste qui est situé à une distance directe de 660 pieds du lazaret où étaient les quarantenaires et qui était occupé par un détachement de l'artillerie royale ; ce fut sur la personne d'Amélie Tom âgée de 9 à 10 ans, fille d'un soldat d'artillerie. Elle fut attaquée dans la matinée du 20 et mourut le 21. Le 2^{me} cas eut lieu aussi dans l'hôpital de la Peste ; Grace Monger femme d'un artilleur, âgée de 28 ans, tomba malade le 22 et succomba le 23. 3^{me} cas (dans le même hôpital) Charlotte âgée de 33 ans, mère d'Amélie Tom qui était morte le 21, fut atteinte le 23 et mourut le 27. 4^{me} cas dans l'hôpital, l'artilleur Tovester de 29 ans, atteint le 28, guérit. 5^{me} cas, Giuseppe Borg, attaqué dans la nuit du 27 au 28 à Casal Attard, mourut le 29 après midi. Le médecin déclara ce cas une gastro-entérite afin de ne pas effrayer la population. L'homme dont il s'agit avait été employé au badigeonnage de quelques chambres de l'hôpital de la Peste ou avaient eu lieu les cas précédents de choléra. Le 6^{me} cas se produisit encore à l'hôpital de la Peste sur la personne d'Henry George Marshallsay, âgé de 6 ans et demi, fils d'un artilleur ; atteint le matin du 29 juin, il mourut dans l'après-midi du 30.

Le 30 juin, l'autorité fit évacuer l'hôpital de la Peste par le détachement d'artilleurs et par celui du 4^{me} régiment ; le premier fut caserné à *Salvatori Cownter Guard Floriana*, le second à *Notre Dame* et à *St. Françis Ravelins Floriana*. Les 7^{me}, 8^{me}, 9^{me}, 10^{me} et 11^{me} cas arrivèrent le 1er juillet à *Salvatori Cownter Guard Floriana* où avait été envoyé le détachement autrefois logé à l'hôpital de la Peste : cinq femmes d'artilleurs furent frappées dont une seulement succomba. Le 12mo cas eut lieu le 3 juillet, dans le même local encore ; sur la femme d'un artilleur, elle mourut le 8. Le même jour fut attaqué à la Valette, dans la *Strada Vescovo*, le nommé Emmanuel Schembri ; Il succomba en moins de 24 heures. Le 6 juillet eurent lieu

quatre cas dont 3 dans l'artillerie et 1 dans le 9me régiment logé dans le fort *Ricasoli*. Le 7 juillet, un autre cas se produisit parmi les artilleurs. Le 8, un à la Valette et un autre à l'hospice de Floriana. Le 9, deux cas dans l'artillerie; le 10, deux cas dans la population à la Valette et un à Cospicua. Les attaques continuèrent ainsi graduellement parmi la population civile et militaire jusqu'au 11 novembre. *Casal Musta* resta indemne jusqu'au 21 juillet; ce jour-là le nommé Vincenzo Gatt, atteint de diarrhée et qui était venu de Misida où sévissait l'épidémie, tomba malade; il succomba le jour suivant. Le même jour fut observé un second cas dans le Casal Musta.

Gozzo. — Cette petite île située à 5 lieues de Malte au Nord-Ouest, n'a pas de communications directes avec l'étranger. Dans toutes les épidémies le choléra ne s'y est manifesté que longtemps après avoir pris racine à Malte. Cette fois-ci elle est restée indemne jusqu'au 21 juillet, jour de l'arrivée du marin Michele Cilia, âgé de 22 ans, qui venait de Malte et qui alla se loger dans la maison de ses sœurs à Casal-Keuchia. Il souffrait d'une forte diarrhée et dans la nuit fut pris de vomissements et de crampes. Il guérit, mais le 24 juillet, 4 cas de choléra se produisaient à Keuchia, les deux sœurs de Michele Cilia dans la même maison, Cathérine Attard parente de la famille Cilia qu'elle fréquentait, et Maria Buttigig du dit Casal. De ces quatre cas deux furent mortels. Le 25 juillet, 2 autres attaques, Maria Cassar, voisine des Cilia qu'elle visitait tous les jours et qui succomba le jour suivant, et Ursula Farrugia qui fréquentait également les Cilia. Le 25 juillet fut atteinte Catherina Soliba, habitant dans le voisinage des Cilia et qui guérit. Du 27 juillet au 1er août, 8 autres cas se sont manifestés dans le Casal Keuchia. Le 2 août le choléra parut à Robato et y continua jusqu'au 24 octobre.

Population civile de Malte	117966	—	attaques	2360	—	décès	1479
Militaires	6062	—	»	203	—	»	145
Population civile de Gozzo	15459	—	»	545	—	»	253
Totaux .	139187	—	»	3108	—	»	1877

(Rapport de M. Zimelli et Dr Ghio, au gouverneur-général de Malte, communiqué par MM les Délégués de la Grande Bretagne)

Gibraltar. — Les faits qui suivent sont extraits d'un rapport adressé à M. le Gouverneur de la forteresse Sir Richard Airey, à la suite d'une

enquête faite par l'inspecteur-général M. Rutherford, enquête qui ne laisse rien à désirer. Ils ont dès lors une importance capitale dans la question qui nous occupe. Nous avons extraits du rapport précité les circonstances qui ont trait à l'importation du choléra. Gilbraltar jouissait d'une santé meilleure qu'à l'ordinaire tant parmi les habitants qu parmie les militaires. Le 10 juillet, le 2me bataillon du 22me régiment arriva de Malte dans un état de santé parfaite, sur le transport à vapeur *Orontes*. On le fit camper dans un endroit très-sain, nommé Front du Nord, entre le nord du rocher et l'Espagne. Avant de quitter Malte, le régiment était exempt de tout ce qui peut avoir affaire au choléra. Le 5 et le 6 juillet, jour de l'embarquemeut, le ch oléra sévissait à Malte, dans un fort avancé, rapproché du lieu de l'embarquement.

Du 10 jiullet, date de l'arrivée à Gibraltar, jusqu'au soir 18, à l'exception d'un seul cas léger de diarrhée, le corps jouissait d'une bonne santé. A 9 heures du soir, un soldat nommé Bird tomba malade de choléra, et mourut entre 10 et 11 heures de la matinée suivante. On fit de suite lever le camp. L'aile du régiment à laquelle appartenait le mort fut embarquée à bord du *Star-of-India*, qui prit la mer après 48 heures, tout le monde se portant bien. Le reste du régiment fut envoyé à une grande distance du camp primitif, le transport n'étant pas près pour le recevoir. La santé continue d'y être bonne jusqu'au 31, où le nommé Davis fut pris de vomissements, de diarrhée et d'autres symptômes cholériques. Il expira le soir même. Le même soir une femme du détachement fut attaquée et mourut le lendemain, 31 août. Le transport *Davenport* étant arrivé la veille d'Angleterre, cette partie du régiment fut aussi embarquée, tout le monde se portant bien en apparence, et le bâtiment partit pour sa destination. On croit que les deux transports sont arrivés à Maurice sans accidents.

Le 3 août, un jour après le départ du 22me régiment, 2 cas de choléra eurent lieu, l'un sur la personne d'un caporal de service au cimetière et appartenant au 15me régiment, l'autre sur un enfant âgé de 4 ans. Ce dernier mourut en 15 heures, l'autre en 48. Un autre enfant de la même famille, âgé de 6 ans, fut aussi attaqué, mais il se rétablit. Cette famille habitait un logement isolé hors de la forteresse et distant d'un quart de mille au Sud-Ouest du point qu'avait occupé le 22me régiment. Le 9 août, la femme d'un militaire du génie, occupant un logement dans la même localité, fut attaquée et mourut en 58 heures. Dans la matinée du 10, un soldat du 15me

régiment, occupant la caserne casematée, fut atteint et mourut dans le court espace de 8 heures. Dans l'après-midi et la nuit du même jour, on observa 7 cas, dont deux très-graves, dans le même régiment logé dans la grande caserne casematée, située à une distance de 500 yards des habitations ou avaient eu lieu les cas précédents et en dedans de la forteresse. L'un des militaires mourut en 37 heures.

Jusqu'à la matinée du 11 août, la maladie se concentrait parmi les militaires. Le 11 août mourut après 7 heures de maladie l'enfant d'un pauvre habitant qui vivait dans une embarcation amarrée dans le port à 250 yards à l'Ouest de la caserne casematée. Le 14, un enfant de 4 ans, habitant dans le district Sud à 1 mille et demi de la précédente localité, fut attaqué aussi ; il se rétablit. Le 15 août, un sapeur appartenant à un petit détachement et logé dans une maisonnette isolée au Nord-Ouest mourut après 9 heures de maladie. Tous ces logements furent évacués, bien qu'il n'existât pas dans le voisinage de conditions apparentes d'insalubrité. Le 18, un autre soldat du 15^{me} régiment logé dans une autre chambre de la caserme casematée, fut atteint et mourut le jour suivant. Le 19 la maladie se déclara à *Town-Range-Barracks*, localité malsaine située au centre de la ville. Un sapeur y fut atteint et mourut en quelques heures. Le 20 tomba malade un soldat du 23^{me} régiment stationné dans les casernes du Sud situées sur un terrain élevé à un mille de la ville. Il succomba au bout d'une courte maladie. Jusqu'à cette date six cas, dont deux mortels, avaient eu lieu en ville y compris les deux enfants dont il a été question plus haut, tous habitants des lieux différents et éloignés les uns des autres, tant en ville que dehors. Le 21 on observa une augmentation soudaine en ville, 7 attaques, 2 morts.

Ici le rapport s'arrête sur un fait qui mérite l'attention. Le 1er bataillon du 9^{me} régiment faisant partie de la garnison pendant la première période de l'épidémie, était logé dans des casernes malsaines ; cependant il se maintint dans un remarquable état de bonne santé. Il n'avait pas plus de six malades à l'hôpital, lorsqu'il reçut l'ordre de s'embarquer en deux divisions, pour le cap de Bonne Espérance, sur les transports *Windsor-Castle* et *Renown* qui avaient débarqué, le 19 et 17 août, le 78^{me} écossais de Highlanders. L'aile gauche prit passage le 19 sur le premier transport et arriva à sa destination en parfaite santé ; l'aile droite s'embarqua sur le *Renown*, grand bâtiment bien aéré et ammarré au nouveau quai où station-

naient les autres transports. Le jour suivant, 22, un cas très-grave de choléra, suivi de mort en quelques heures, eut lieu sur un individu nommé Doyle provenant de la caserne *Town-Range-Barraks*. Le bâtiment fut remorqué sur le courant et, aucun autre cas ne s'étant déclaré à bord, il prit la mer après 30 heures. Alors eut lieu un fait des plus significatifs, au point de vue de la propagation de la maladie par la communication entre hommes. En effet, le 5 septembre, après 13 jours de mer, le 14me après le premier cas survenu à bord, le choléra se manifesta sous une forme très maligne et emporta 9 hommes, une femme, plusieurs enfants ainsi que le chirurgien du bord. La maladie dura 14 jours et cessa le 19 septembre. Le 20 août l'épidémie prit de l'extension en ville. Le 13 septembre elle atteignit son apogée, 53 attaques, 22 morts ; depuis cette date jusqu'au 26, la moyenne des attaques fut de 35, celle des décès de 15 par jour. Le 28 septembre eut lieu une diminution considérable avec quelques oscillations jusqu'au 12 octobre, époque à laquelle le déclin de l'épidémie devint plus marqué. Le 27 octobre on observa le dernier cas. Parmi les desservants des hôpitaux il y eut des attaques. Dans les prisons, 700 individus enfermés ont donné de 50 à 60 morts. Population civile 15,000 âmes, 902 attaques, 477 décès. Armée 5978, attaques 163, morts 106. Total des morts 643, du 18 juillet au 27 octobre 1865. *(Communication de MM. les Délégués de la Grande-Bretagne.)*

Le choléra dans le port de New-York.—L'*Atlanta*, navire anglais, partit de Londres le 10 octobre avec un chargement de marchandises et 40 passagers. L'état sanitaire de Londres était alors parfait. Arrivé le 11 au Havre, où il resta seulement un jour, il embarqua 564 nouveaux passagers, la plupart Suisses, ayant tous passé par Paris où, sauf quelques exceptions, ils avaient séjourné quelques heures ou plusieurs jours, alors que le choléra y sévissait avec intensité. Deux familles allemandes en faisant partie étaient restées un jour dans cette capitale, à l'hôtel *Ville de New-York*, et cinq jours au Havre dans ceux de *Veissen-Lamm* et *Hultgarder Hof*. Des émigrants arrivés quelques jours avant dans ces derniers hôtels étaient tombés subitement malades et avaient été envoyés à l'hôpital par leurs consuls.

Ce navire, parti le 12, eut dès le lendemain un décès de choléra à bord sur un petit enfant de la famille venant de *Veissen-Lamm*. Cinq autres décès suivirent les 14, 16, 18, 19 et 22 dans celle qui avait habité l'hôtel *Hultgarder-*

Hof. Le 22 un de leurs amis du même hôtel, logé au second, était atteint et succombait le 24. Le 28 un premier cas se montra au troisième, où 3 émigrants de Londres furent atteints et guérirent.

A l'arrivée de l'*Atlanta*, le chirurgien déclara 60 cas de choléra et 15 décès survenus pendant la traversée ; 2 décès survinrent dans le port, et des 42 malades envoyés à l'hôpital de la marine du 6 au 19 novembre, 6 succombèrent, ce qui fait un total de 102 cas et 23 décès.

Aucune disposition n'existant à New-York à l'arrivée de l'*Atlanta* pour lui faire subir une quarantaine rigoureuse, il fut immédiatement envoyé et isolé dans la baie basse; dès que l'hôpital fut disposé et dix jours de quarantaine écoulés après le dernier cas, tous les malades sans distinction y furent transportés ; tous les bagages des passagers furent ouverts et aérés, le linge lavé et les lits et tous les effets soumis à des fumigations ; un navire de l'Etat était préposé à la garde du bâtiment pour l'exacte exécution des mesures de quarantaine ordonnées par les autorités sanitaires. La ville de New-York fut préservée de l'épidémie.

Deux autres importations de choléra dans le port de New-York ont été annoncées par l'*Evening-Post*, du 25 avril. Quoique survenues dans l'année 1866, nous croyons devoir les signaler parce qu'elles font suite à l'épidémie de l'année précédente.

Le bateau à vapeur *Virginia*, parti le 4 avril de Liverpool et le 5 de Queens-Town, arriva à New-York avec des marchandises et 1043 passagers occupant les deux tiers du pont ; 14 seulement étaient logés dans les cabines. Quelques-uns des passagers avaient été embarqués à Queens-Town. Pendant la traversée 87 personnes succombèrent, et lors de la visite des médecins de la Santé un individu était mourant de choléra bien caractérisé. La plupart des passagers étaient des Allemands arrivés à Liverpool un ou deux jours avant le départ ; la mortalité a été plus grande parmi eux que parmi les Irlandais et les Anglais, et l'on croit que ce sont les Allemands qui ont apporté le choléra à bord, attendu que la maladie n'existait pas à Liverpool. Jusqu'au 12 il n'y avait pas eu d'accidents, mais le huitième jour après le départ de Liverpool, l'état d'un homme qui avait la diarrhée empira subitement et il mourut. Il est dit que la diarrhée avait existé chez cet homme, sans aucun symptôme alarmant, depuis le départ du bâtiment. Le même jour où ce premier cas se déclara d'autres personnes furent attaquées, et, l'épidémie se développant de plus en plus,

on évalue le chiffre des attaques, sans le déterminer, de 100 à 200.

L'*England*, autre bateau à vapeur, arriva le 21 avril à New-York provenant de Liverpool et ayant touché à Halifax. Le capitaine a déclaré 122 hommes d'équipage, 16 passagers de pont. Le choléra se déclara à bord pendant le voyage. De Liverpool à Halifax, il y eut 50 morts et 150 à Halifax même où le navire s'était réfugié le 9 avril.

L'*England* nous offre les cas suivants de transmission dégagés de toute interprétation et dûment constatés. Le pilote qui conduisit le navire à Halifax fut attaqué de choléra et retourna à Portuguese Coue, distant 19 à 20 kilomètres, où résidait sa famille. Cinq de ses enfants eurent le choléra, l'un après l'autre, et deux succombèrent. Un autre pilote du même navire, revenu également à Portuguese Coue, tomba légèrement malade et après lui sa sœur très gravement. Le médecin sanitaire du port d'Halifax qui avait donné ses soins aux passagers de l'*England*, succomba au choléra. *(Extraits d'une lettre du médecin de l'armée M. Rutherford, communiquée par M. le Dr Goodeve.)*

Le *Virginia* et l'*England* ont été séquestrés dans la baie basse et assujettis à des mesures de désinfection. Les passagers ont été débarqués et isolés, les malades envoyés à bord du *Falcon* installé en hôpital. A la date de ces renseignements, il existait à l'hôpital 72 cholériques provenant des deux bâtiments. Du 12 au 22 avril on y a compté 60 décès de choléra.

La Guadeloupe. — Le 22 octobre, le choléra s'est manifesté à Pointe-à-Pitre et a fait beaucoup de ravages dans la population noire. Il est mort jusqu'à 23 personnes, en 24 heures, sur une population de 18,000 âmes. Le 18 novembre, le choléra y continuait ses ravages et avait envahi la Basse-Terre et Marie-Galante. Il se déclara aux Trois-Rivières sur une personne venant de Pointe-à-Pitre et ce cas fut suivi de deux autres. Le premier cas eut lieu à la Basse-Terre le 7 novembre sur un matelot arrivé de la Pointe et la maladie s'y propagea de suite avec une extrême gravité. La proportion des décès serait de 5 sur 6 malades.

Le 1er novembre, la goëlette *Marie Athalie* arrivait à Marie-Galante de Pointe-à-Pitre, et dans la journée du 5, trois de ses hommes étaient frappés. Peu après, le capitaine lui-même succombait. Le 11 l'*Adda* entra dans le port ayant perdu un de ses hommes pendant la traversée. Le lendemain la maladie se manifesta à Marie-Galante, enlevant en trois jours 33 cultivateurs. Le seul point resté indemne est la dépendance des

Saintes qui a refusé toute communication avec la Pointe, la Basse-Terre et toute la Guadeloupe. Un bateau nommé la *Sirène*, parti de Point-à-Pitre et arrivé à Bridge-Town, y fut soumis à une quarantaine de 15 jours, bien qu'il eut eu une longue traversée et que les hommes de l'équipage fussent en très-bonne santé. A peine la quarantaine commencée, deux matelots moururent de choléra.

L'importation du choléra à la Guadeloupe est attribuée au navire à voiles la *Virginie* qui avait quitté Marseille le 3 septembre et était arrivé à Pointe-à-Pitre le 9 octobre. Le choléra éclata le 22 du même mois pendant qu'on déchargeait le dit bâtiment tout près du lieu de déchargement, et le troisième jour depuis que cette opération avait commencé. La santé n'avait pas cessé d'être parfaite à bord ; 12 à 15 hommes d'équipage au plus ; cargaison, matières alimentaires.

Jusqu'au 22 novembre, les Antilles préservées furent celles où des mesures énergiques ont été prises pour éviter toute communication avec les lieux infectés. *(Union Médicale 12 décembre.)*

On dit que la mortalité causée par le choléra à la Guadeloupe monte à 10 millepersonnes.

Invasion du choléra dans le Caucase.—Le premier cas de cette maladie s'est manifesté à Novorossiisk, sur la personne d'un Grec faisant partie d'une bande d'émigrés venus de Trébisonde. Il tomba malade du 28 au 29 juin. Le même jour, 29 juin, en fut frappé un sous-officier à bord de la goëlette russe l'*Anapa* qui était au mouillage dans la rade. Pendant les premiers quatre jours qui suivirent l'apparition du choléra, il y eut 9 cas suivis de mort. Cependant Novorossiisk ne devint pas un foyer cholérique, et cette immunité fut attribuée à la nature solide du sol sur lequel est bâti le fort de ce nom.

Le 6 août, la maladie se déclara à Soukhoum sur un matelot de la corvette *Yastreb* provenant de Novorossiisk. Bientôt après, un autre matelot du même navire fut débarqué à l'hôpital. L'un et l'autre sont morts, et le choléra se déclara parmi les malades de l'hôpital et dans la ville.

Le 12 août, la maladie se manifesta dans l'hôpital de Poti, et le 19 à Kutaïs. Elle disparut complètement dans cette dernière ville le 8 octobre pour y reparaître avec une force nouvelle après une trêve d'un mois. D'après des renseignements authentiques, le choléra a fait cette seconde irruption à Kutaïs à la suite d'une grande foule de paysans venus de Koulamey et

d'autres villages environnants pour assister à la promulgation du manifeste impérial concernant l'affranchissement des communes. Le choléra a duré plus longtemps qu'ailleurs tant à Koulamey qu'à Gori où des cas ont encore été observés pendant le mois de décembre. Il a surtout montré de la ténacité parmi les militaires campés sur les bords du Rion et qui travaillaient à la construction du chemin de fer.

Le 29 août arriva de Marseille à Tiflis, en passant par Poti et Kutaïs infectés de choléra, un Français nommé Séri qui en fut frappé ainsi que sa femme. Bien que guéris, l'un et l'autre, on croit qu'ils ont importé le choléra à Tiflis, car les diarrhées qui y règnent habituellement en été ont revêtu depuis leur arrivée la forme cholérique. Dès les premiers jours de septembre on avait observé des cas de choléra bien caractérisés. Cependant l'épidémie n'a pas acquis une grande violence, attendu que, depuis le 31 août jusqu'au 1er novembre, il n'y eut que 353 attaques et 116 décès, et la maladie n'a sévi que parmi la basse classe de la population.

En continuant sa marche de Kutaïs, le choléra épargna la Kartalinie et ne fit qu'entamer Souram et Gori, pour se manifester au mois d'octobre dans le district d'Elisabethpol.

Le choléra fut importé à l'hôpital de Tiflis le 16 septembre par des malades des bataillons de réserve arrivés par le chemin militaire. Sur 221 cholériques il y eut 118 décès.

L'épidémie s'est fait remarquer à Erivan par sa violence. Elle y fut probablement importée, ainsi qu'à Nachictchevan, de la Perse, mais surtout aussi par deux détachements de troupes envoyées de Tiflis pour compléter la garnison d'Erivan. La maladie s'est manifestée en ville le 1er octobre, et et le 31 on signala le premier cas dans l'hôpital militaire. En somme, le chiffre des cas parmi les habitants a été de 392 et 100 décès; parmi les militaires, du 31 octobre au 5 décembre, 118 cas et 35 décès.

L'épidémie a été aussi très violente dans les districts de Novo-Bayazid et d'Echmiadzine. Au mois de novembre elle avait complètement cessé à Tiflis et un mois plus tard avait disparu de tout le Caucase, sans avoir laissé nulle part, à ce qu'il paraît, des traces de foyers secondaires.

De toutes les localités du Caucase celles qui sont le plus à redouter au point de vue du choléra, sont le district de Gori et les bords du Rion à cause des conditions favorables à la propagation de l'épidémie qui s'y trouvent réunies.

Le choléra qui a sévi cette année dans le Caucase, s'est fait remarquer par sa propagation lente et son faible développement. Les crampes étaient rares, l'épidémie a sévi presque exclusivement parmi la classe indigente, et elle débutait sans aucune exception par la diarrhée. *(Extrait du procès-verbal de la Société Médicale du Caucase)* (1).

Bien que le choléra de 1865 ne se soit pas arrêté à la limite où nous venons de quitter l'épidémie, puisque d'une part elle a continué à se montrer dans quelques contrées de l'Europe, en Allemagne, en Hollande, en Russie, d'autre part, en Arabie parmi les pèlerins, nous ne pouvons pas cependant la suivre, faute de données suffisantes et authentiques, au delà des contrées que nous venons de signaler dans l'Aperçu.

En nous bornant donc aux faits que nous avons pu recueillir jusqu'ici, nous allons les reprendre et les résumer par ordre chronologique. Nous verrons par ce relevé que partant de l'Egypte, le choléra a rayonné, presque à la fois, sur différents points de la Méditerranée et y a formé des foyers secondaires d'où l'épidémie s'est propagée sur un grand nombre d'autres localités jusqu'alors indemnes. C'est ainsi que le choléra existant en Egypte dès la seconde moitié du mois de mai, a été importé à Malte et à Marseille les premiers jours de juin, à Smyrne le 23, à Constantinople et en Crète le 28, à Beyrouth le 29, aux Dardanelles le 1er juillet, à Chypres le 6, à Ancône le 7.

De Constantinople, foyer secondaire, le germe cholérique est transporté, d'une part, le 26 juillet à Volo, le 31 à la Cavalle, le 1er août à Salonique, le 7 à Vallona; d'autre part, dans la Mer-Noire, le 25 juillet à Trébisonde (et de là à Erzeroum où il a éclaté le 22 août), le 31 à Samsoun, le 2 août à Soulina et à Toultcha, le 4 à Kustendjé, le 6 à Bourgas. De Kustendjé et de Soulina le choléra remonte le Danube, en infecte les deux rives et atteint successivement Roustchouk et Vidin. Il pénètre par là dans la Bulgarie, dans la Macédoine, et vient, vers la fin de novembre, aboutir à Larisse chef-lieu de la Thessalie.

Odessa reçoit le choléra de Constantinople le 11 juillet et constitue un foyer de troisième main. De là et de Galatz également envahi, l'épidémie

---

(1) Ces renseignements intéressants sur l'invasion du choléra dans le Caucase en 1865 nous ont été communiqués par M. le Dr Bykow pendant que le rapport était sous presse. Il font suite à la marche du choléra par Trébisonde et complètent notre Aperçu.

se propage à Borchi où elle éclate le 23 juillet et successivement à Gavinosa. Nombre de villes de la Podolie en sont atteintes successivement: Bogopol le 17 septembre, Berditchew le 27, Balta le 29. Le 1er octobre, le choléra se déclare dans le gouvernement de Kherson, le 11 dans celui de Kiew, le 12 à Taganrog, le 15 à Zitomir. Les gouvernements de Volhynie, de Kovno, de Tver, de Voronège en sont atteints le mois de novembre. Au choléra d'Odessa se rattache le fait d'Altenbourg (24 août) qui va former un quatrième foyer au cœur de l'Allemagne.

Smyrne, deuxième foyer secondaire, envoie le choléra à l'intérieur de l'Asie-Mineure et aux lazarets de la Grèce le 18 juillet. Constantinople l'envoie aux lazarets de la Grèce le 5 août.

Beyrouth, troisième foyer secondaire, le donne à presque toutes les villes de la Syrie, à Damas, à Alep (15 août) et successivement à Biredgik à Diarbékir, à Mossoul et à d'autres localités du Kurdistan.

Malte, quatrième foyer secondaire, transmet le choléra à Gozzo le 21 juillet, à Barcelonne le 22 juillet, à Gibraltar le 18 juillet.

Ancône, cinquième foyer secondaire, communique le choléra à 21 communes qui en dépendent, et de là l'épidémie se propage à San-Severo et envahit tout le versant oriental de la basse Italie depuis Pescare jusqu'à Otrante. Elle envahit aussi la ville de Naples.

Marseille, sixième foyer secondaire, a donné le choléra, d'une part à Toulon, à Arles, à Aix, à Paris ; de l'autre à l'Espagne par Valence, (8 juillet). Après Valence viennent Madrid, où l'épidémie éclate le 15 août, Palma le 19 août, Séville le 6 septembre, Carthagène le 10, Murcie le 20. Enfin Elvas, en Portugal, reçoit le choléra d'Espagne le 1er octobre. D'après ce que nous avons dit de la Guadeloupe, nous devons supposer, jusqu'à plus ample information, que cette lointaine région de l'Amérique doit le germe qui a donné naissance à l'épidémie à une importation de Marseille.

La pointe que le choléra a poussée jusqu'aux Etats-Unis d'Amérique, est due, d'après toutes les apparences, aux émigrants allemands morts pendant la traversée et qui étaient partis les uns, le 11 octobre, du Havre, les autres au mois d'avril, de Liverpool, deux villes encore exemptes de l'épidémie.

Enfin, un dernier foyer s'est formé le 4 septembre à Bassora, après le retour de la Mecque des pèlerins persans qui ont infecté Bagdad et toutes

les villes de la Mésopotamie que nous avons énumérées dans l'Aperçu. *(Voir la carte à la fin du Rapport.)*

Ce qui est important à noter, au point de vue de l'importation du choléra c'est que partout où il s'est montré, soit dans les villes, soit dans les lazarets, qu'il y ait fait des ravages ou qu'il se soit borné à des cas isolés, les premières attaques ont toujours été observées, sans qu'on puisse citer une seule exception, après l'arrivée d'un navire, d'une caravane et parfois d'un seul malade, provenant de lieux infectés, c'est que la plus complète sécurité régnait partout avant que le choléra n'eût éclaté en Egypte, et que toutes les villes de la Méditerranée qui en ont été atteintes les premières jouissaient d'une santé parfaite.

Le choléra existait en effet à Alexandrie, comme nous venons de le voir, depuis le commencement de juin, et c'est immédiatement après et dans l'espace d'un mois qu'il s'est propagé dans les principaux ports de la Méditerranée, transporté d'Egypte par la navigation à vapeur dans les directions les plus opposées, indépendamment des vents et de toute autre circonstance atmosphérique. Le même fait se répète dans les parages de la mer Noire, ayant pour point de départ Constantinople. Malte joue le même rôle sur d'autres points et c'est, nous le répétons, un fait constaté que le choléra ne s'est montré nulle part dans les ports qu'il a atteints qu'après l'arrivée de navires infectés provenant d'un foyer épidémique primitif ou secondaire.

Par la voie de terre nous observons le même phénomène d'importation. La caravane des pèlerins persans traversant la Syrie depuis Beyrouth, a porté le choléra à Alep et l'a semé à Biredgik, à Orfa, à Diarbékir tout le long de son chemin, voie du Tigre et voie de l'Euphrate, jusqu'à Kerbellah, Bagdad et au-delà. Nous avons vu en outre l'importation du choléra s'opérer à Larisse et à Roustchouk par des ouvriers bulgares partis, dans les deux cas, de foyers différents et amenant avec eux la maladie. Rappelons enfin les cas d'importation par un seul malade comme dans les villages de Borchi en Podolie, de Novorossüsk au Caucase, de Tchataldja en Macédoine, et dans les villes de Mersine en Asie-Mineure et d'Altenbourg en Allemagne. Le fait d'Enos seul paraît obscur au point de vue de son origine; mais ne pourrait-on pas se l'expliquer comme un cas d'importation sans malade? Il en serait ainsi, si le sujet du premier accident, arrivé depuis 13 jours de l'Archipel, n'avait pas lui-même

apporté le germe du choléra qui l'a frappé ; toujours est-il qu'il venait de Mételin, de Chio et de Tchechmé où le choléra n'existait pas et que la patente du navire était nette. Notons encore ici le fait de Gozzo qui offre un cas de diarrhée cholérique, non suivie de mort, qui donne lieu à une épidémie considérable, 545 attaques, 253 décès, sur une population de 15,459 habitans.

Passons à quelques autres remarques au sujet de l'importation. Le choléra s'est déclaré à Constantinople, à Gibraltar, à la Guadeloupe, et nous croyons pouvoir y ajouter Marseille, à la suite d'arrivages maritimes qui n'avaient pas été soumis à des mesures de quarantaine.

La quarantaine a été appliquée d'une manière insuffisante, défectueuse, tant par sa courte durée que par l'encombrement des lazarets et les compromissions qui s'en suivirent avec le dehors, aux Dardanelles, à Smyrne, à Beyrouth, à Chypres, et le choléra n'a pas tardé à franchir ces barrières devenues plus dangereuses qu'utiles aux pays qu'elles avaient pour but de préserver. C'est une preuve que les lazarets construits d'après l'ancien système et à proximité des villes, sont incapables d'empêcher l'invasion du choléra. Nous signalons cependant une exception à l'égard de Salonique dont le lazaret, avant la construction des baraques, placées à une grande distance de la ville, se trouvait dans des conditions encore plus désavantageuses que les précédents. L'encombrement y était plus grand et le nombre des cholériques plus considérable que partout ailleurs ; cependant la ville a été épargnée. Ne serait-ce pas un de ces cas d'immunité locale qu'on observe dans toutes les épidémies sans qu'on en puisse expliquer la véritable cause ? Ce qui tend à le faire croire, c'est que le choléra a pénétré dans des villages de l'intérieur tels que Galatzita où il a beaucoup sévi, sans entamer la ville, beaucoup plus exposée au foyer qu'elle avait sur ses flancs. Les trois cas observés en ville, sur des personnes sorties du lazaret, viennent à l'appui de cette hypothèse. Parmi les localités qui, au moyen d'une séquestration complète des provenances cholériques, ont échappé à l'épidémie, nous citerons La Cavalle, Volo, Chio et la Crète qui ont établi des campements sur des îlots n'ayant aucune communication avec le pays. D'autres localités, telles que Bourgas, Sinope, Mételin, Rhodes, Benghasi sont arrivés au même résultat grâce à des campements établis à une grande distance des habitations et bien surveillés. Il résulte de cette expérience que les lazarets pour être un moyen sûr de prophy-

laxie, doivent être établis autant que possible dans des îles, sur un vaste espace et bien aéré.

La Grèce offre un exemple encore plus frappant de préservation attribuée à son système de quarantaine plus sévère que partout ailleurs. Elle a refusé d'admettre les provenances cholériques dans ses ports, sauf dans ceux des îles de Délos et de Skiathos, où elle a reçu, comme nous l'avons noté, 25,000 quarantenaires. Les îles de Sicile et de Samos, entourées pour ainsi dire de foyers cholériques, ont dû leur salut au système de répulsion qu'elles ont strictement maintenu depuis le début jusqu'à la complète disparition de l'épi démie. New-York est enfin venu confirmer, de la façon la plus concluante, l'efficacité des mesures quarantenaires sagement appliquées contre la propagation du fléau cholérique.

Et maintenant, Messieurs, faut-il nous demander comment le choléra s'est propagé, en 1865, depuis les Indes pour aller sévir à La Mecque, en Egypte et se diriger de là sur les points les plus opposés du bassin de la Méditerranée et du golfe persique? Pour nous, comme pour tous ceux qui voudront bien en juger d'après l'expérience acquise et sans parti pris de résister à l'évidence des faits, la chose est claire, la réponse facile. Le choléra s'est propagé en s'attachant aux hommes parmi lesquels il a sévi, s'y est développé et s'est reproduit. L'homme qui avait le choléra l'a transmis à l'homme qui ne l'avait pas; des masses d'hommes infectés de choléra l'ont transporté au loin, par les caravanes, par la navigation à vapeur, par les chemins de fer, et l'ont communiqué à d'autres masses d'hommes jusque là indemnes. C'est ainsi que les pèlerins qui l'avaient contracté dans le Hedjaz, l'ont porté en Egypte, l'ont disséminé en Syrie, en Mésopotamie, dans le golfe persique, en le ramenant, pour ainsi dire, vers son foyer primitif. C'est ainsi que, d'un autre côté, les pèlerins, les fuyards, par la navigation à vapeur, l'ont transmis à Malte, à Constantinople, à Smyrne, à Ancône, à Marseille. Il en est encore de même des navires partis des foyers secondaires et qui l'ont transporté, par delà l'Atlantique, aux Etats-Unis, aux Antilles.

En somme et pour conclure nous croyons pouvoir affirmer, en nous appuyant sur l'expérience de 1865 : 1° *que la propagation du choléra s'effectue par le mouvement des hommes, quels que soient d'ailleurs les moyens de locomotion dont ils se servent;* 2° *que la propagation en est d'autant plus à craindre que les moyens de locomotion sont plus rapides et plus multipliés ;* 3° *que, toutes choses*

égales d'ailleurs, une grande masse infectée ou un seul individu malade peuvent propager le choléra à de grandes distances.

Les faits que nous venons de rapporter sur la marche du choléra de 1865, en sont la preuve incontestable, en même temps qu'il renferment de nombreux et utiles enseignements au point de vue pratique de la prophylaxie.

EDWARD GOODEVE *Président*, BYKOW, SALVATORI,
BARTOLETTI *secrétaire-rapporteur.*

M. Goodeve a signé sous réserve, inscrite au procès-verbal de la séance du 5 juillet, qu'il n'y a pas de preuves que le choléra ait été importé dans le Hedjaz, en 1865, par les pèlerins venant des Indes.

BARTOLETTI, *rapporteur.*

CARTE

indiquant la marche

du

CHOLÉRA 1865.

PROCÈS-VERBAUX

DE LA

CONFÉRENCE SANITAIRE INTERNATIONALE

II

PROCÈS-VERBAUX

DE LA

CONFÉRENCE SANITAIRE INTERNATIONALE

OUVERTE A CONSTANTINOPLE

LE 13 FÉVRIER 1866

TOME II.

CONSTANTINOPLE

IMPRIMERIE CENTRALE

1866.

N° 24.

SÉANCE DU 13 AOUT 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 13 août, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa vingt-quatrième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï

Etaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciaturede S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour la Belgique :

M. le comte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne;

Pour les Etats Pontificaux :

S. G. Mgr. Brunoni, archevêque de Taron, vicaire-apostolique à Constantinople ;

M. le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. B. délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople;

Pour la Grèce :

M Kalergi, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio Gomez, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. le B^{on} Testa, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Perse :

Mirza-Malkom-Khan, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur Sawas Efendi, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Lenz, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna;

Pour la Suède et la Norwège :

M. Oluf Stenersen, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège secrétaire de sa Légation;

M. le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinple ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

M. le Dr Naranzi, donne lecture du procès-verbal de l'avant-dernière séance (2 juillet) dont la rédaction est approuvée.

M. le Bon de Collongue donne lecture du procès-verbal de la dernière séance (5 juillet) qui est adopté.

M. le Dr Dikson prie qu'on insère dans le procès-verbal une réserve faite à la dernière séance relative à un passage du Rapport historique de M. Bartoletti. M. Dikson avait dit : qu'il ne partage pas l'opinion que M. Bartoletti a émise dans le Rapport à propos du choléra de l'année 1865, qu'il croit

avoir été importé au Hedjaz directement de l'Inde. Cette maladie, selon M. Dikson existait déjà dans l'Hyemen à la fin de l'année 1864, et notamment à Sana.

M. Segovia, président de la Commission chargée d'étudier le 1er groupe des questions comprises dans le programme des mesures prophylactiques applicables au choléra, présente et dépose sur le bureau le rapport que M. Monlau rapporteur a rédigé au nom de cette commission, et aussi un appendice à ce même Rapport rédigée par M. Mühlig concernant la désinfection et les mesures de désinfection appliquées au choléra. M. Segovia prie M. le Président de vouloir bien mettre à l'ordre du jour la discussion du Rapport par lui officiellement présenté dans cette séance, mais distribué depuis quelques jours à tous les membres de la Conférence.

Sur la proposition de M. de Lallemand, appuyé par MM. Stenersen, Monlau et plusieurs autres Délégués, il est décidé de commencer la discussion immédiatement.

M. Salem bey, attire l'attention de l'honorable Conférence sur la marche lente de ses travaux. Il croit inutile de s'appesantir sur les causes qui ont provoqué cette lenteur et ce retar d, mais il estime nécessaire d'insister pour que la Conférence donne une im pulsion plus énergique à ses travaux. Elle ne pourrait, pense-t-il, atteindre son but qu'en multipliant ses séances. C'est pourquoi il propose de fixer à quatre par semaine les séances ordinaires de la Conférence.

M. Fauvel fait connaître que l'impress ion du Rapport de la 3me Commission a été retardée pour des raisons qu'elle n'aurait pas pu prévoir. Ces raisons ont, depuis plusieurs jours, cessé d'exister : malgré cela, l'impression, contre son attente, n'a pas été reprise assez activement. Si l'imprimerie à laquelle on a confiée cette impression, continue à suivre la même voie, M. Fauvel se verrait forcé de retirer son manuscrit pour en confier l'impression ailleurs. Cela toutefois, ajoute M. Fauvel, serait une cause nouvelle de retard. Le Rapport de cette Commission qui sera de huit à neuf feuilles typographiques, est imprimé pour plus de la moitié, et il serait avantageux, de ne pas le retirer de l'imprimerie du *Levant Herald*.

Toutefois M. Fauvel, prévoyant que l'impression complète ne pourra avoir lieu avant la quinzaine, soumet l'affaire à la Conférence.

La Conférence laisse à M. Fauvel pleine liberté d'agir comme il l'entend.

M. Bosi voudrait savoir si la Commission du 2me groupe des questions, est

en état de présenter son rapport imprimé avant celui de la 3me Commission.

M. le Président s'adresse à la Conférence pour savoir s'il est indispensable que la discussion du 2me Rapport précède celle du 3me. Le rapporteur de la seconde Commission fera, il en est sûr, de son mieux pour présenter à temps son Rapport,mais ses nombreuses occupations en dehors de la Conférence, pourraient malgré lui, en retarder la rédaction.

Plusieurs Délégués déclarent qu'ils ne considèrent pas nécessaire la discussion du 2me Rapport avant le troisième. En entreprenant la discussion de celui-ci, immédiatement après celle du premier, ce qui peut être fait sans aucun inconvénient, on donnerait le temps à M, le rapporteur d'achever son travail.

M. Maccas propose que la Conférence siége tous les jours.

M. Sotto voudrait avoir quatre séance par semaine: (lundi, jeudi, vendredi et samedi.)

M. Sawas préférerait n'avoir que 2 séances par semaine , pour la raison que toutes les Commissions n'ont pas terminé leur tâche.

M. de Lallemand serait d'avis de reprendre, comme par le passé, l'ordre des trois séances.

Une conversation s'engage à ce sujet entre plusieurs Délégués.

M. le Président met aux voix la proposition d'avoir quatre séances par semaine. Elle n'obtient que 9 voix contre 14.

Ont voté pour les quatre séances :

MM. Sotto, de Noidans, Segovia, Monlau, Maccas, Gomez, Lenz, Stenersen et Salem bey.

Ont voté contre :

S. G. Mgr. Brunoni, Spadaro, de Lallemand, Fauvel, Goodeve, Dickson. Kalergi, Bosi, Vernoni, Sawas, Pinto de Soweral, Testa, Hübsch, Bartoletti.

Ensuite on passe au vote pour la proposition de M. de Lallemand, c'est-à-dire trois séances par semaine (lundi, jeudi et samedi.) Elle est acceptée à la majorité de 20 voix contre une.

La Conférence passe à l'ordre du jour.

S. Exc le Président donne la parole à M. le rapporteur de la première Commission.

M. Monlau croit qu'il n'est pas nécessaire de donner lecture du texte du Rapport, mais seulement des conclusions. Parce que Messieurs les Délégués ont eu le temps de le lire et même de l'étudier.

Sur la proposition de M.Fauvel qui démontre l'avantage qu'il y aurait à en faire une lecture suivie,il est décidé d'en donner lecture section par section.

M. Segovia fait la lecture de l'introduction.

M. Fauvel demande la parole pour faire quelques observations :

Cette première partie ou avant-propos, dit il, est un panégyrique pompeux de l'hygiène, dans lequel on peut relever certaines contradictions et aussi quelques expressions dont on ne saisit pas bien le sens.

Ainsi, par exemple à la page 2, il est dit: « l'hygiène ne perd aucune de ses conquêtes, » proposition bien aventurée, pense M. Fauvel, car il est avéré au contraire que l'hygiène perd facilement ses conquêtes. En effet, l'histoire nous apprend que des pays autrefois florissants et salubres sont devenus très malsains par le fait d'une décadence qui a eu pour résultat l'abandon et la ruine des travaux qui y entretenaient la fertilité et la salubrité. Les exemples à citer seraient nombreux.

A la même page, poursuit M. Fauvel, on trouve la phrase suivante : « les demi-mesures, la tiédeur ou l'incurie dans l'exécution n'aboutissent « à rien de satisfaisant. Ici la Commission n'est pas d'accord avec elle-même, ni avec les faits. En réalité, dit M. Fauvel, les mesures hygiéniques n'ont pas besoin de toute la perfection possible pour être efficaces ; elles peuvent être utiles sans être complètes. Il est superflu, pense t-il, d'en donner la preuve. Dans un Rapport scientifique, continue M. Fauvel, il importe d'employer un langage simple et précis afin de ne laisser aucune incertitude sur le sens des expressions employées. M. Fauvel avoue n'avoir pas bien compris la phrase suivante: « mais aujourd'hui que les progrès de l'industrie humaine ont mis à notre disposition des moyens presque magiques, les mesures d'hygiène sont à même de recevoir une impulsion très puissante : l'hygiène au siècle 19^{me} peut, et doit être beaucoup plus active que l'hygiène de l'époque de Moïse, ou que l'hygiène du moyen-âge. » (voir le rapport page 3.)

L'hygiène, dit M. Fauvel se complique comme la civilisation. L'hygiène de Moïse était pour son époque et pour les Hébreux aussi complète et parfaite que celle de nos jours. Seulement c'était une hygiène beaucoup plus simple, et parfaitement en harmonie avec les mœurs, les habitudes et la civilisation des Hébreux à cette époque reculée. Mais il n'est peut être pas exact de dire que l'hygiène d'aujourd'hui doit être autre ou plus active que celle de Moïse.

Il y a finalement, dit M. Fauvel, au bas de la même page, une proposition dont le sens lui échappe; il désirerait que M. le rapporteur voulût bien expliquer ce que signifient ces mots: « l'heure de la régénération sanitaire a sonné. »

Beaucoup de personnes, répond M. Monlau, auraient de la peine à trouver dans l'introduction du Rapport les contradictions signalées par M. Fauvel et moins encore des expressions dont le sens ne peut pas être saisi. M. Monlau pense que l'exposé en est très simple et très-clair, à moins, dit-il, qu'on ne veuille complètement bannir de la science le langage métaphorique; c'est évidemment à quelques expressions de ce genre que M. Fauvel s'est arrêté. Pour ne parler, continue M. Monlau, que des observations de M. Fauvel qui portent sur le fond même du sujet, tous les arguments qu'il a mis en avant peuvent être facilement réfutés. Et d'abord, lorsque dans le Rapport il est question des conquêtes de l'hygiène, la Commission a voulu par cela signaler la différence qui existe entre les moyens thérapeutiques et les moyens dont dispose l'hygiène. M. Fauvel doit bien comprendre cette différence, car il est incontestable et personne ne l'ignore que lorsque l'hygiène entreprend quelque chose c'est pour toujours. Ces prescriptions ont un caractère de permanence et elles ne peuvent être interrompues ou suspendues qu'au grand détriment des pays qui négligent ou méconnaissent cette loi. Pourquoi l'Egypte a-t elle eu la peste? c'est à coup sûr pour avoir négligé l'application des mesures hygiéniques, qui l'avaient jadis rendue si florissante. Mais pour changer d'exemple, on n'a, dit M. Monlau, qu'à citer l'usage du linge, c'est une vraie conquête de l'hygiène, depuis qu'on en fait un usage méthodique et général beaucoup de maladies de la peau ont disparu. Peut-on dire la même chose, se demande M. Monlau des moyens thérapeutiques? Certes que non, très-efficaces aujourd'hui, ils peuvent demain n'exercer aucune action sur la santé, on pourrait là dessus citer une infinité d'exemples.

Pour ce qui est des demi-mesures, M. Monlau croit que M. Fauvel en donne une interprétation violente. Les mesures hygiéniques pour être efficaces, et d'une action permanente doivent être progressives, avancées autant que les sciences dont elles dépendent, car, il ne faut pas l'oublier, l'hygiène plutôt qu'une science est un art, c'est la résultante d'un grand nombre de sciences. Le problème, poursuit M. Monlau, a été posé dans des termes généraux, pour faire comprendre qu'il y a des moyens en hy-

gième qui sont bornés, limités, incomplets, ou bien qu'il y a des moyens dont l'application se fait sans suite ni méthode : c'est tout cela qui constitue des demi-mesures n'aboutissant à rien de satisfaisant. L'hygiène du 19me siècle doit différer de celle de Moïse, dit le Rapport et M. Fauvel combat cette assertion, mais doit-on, se demande M. Monlau, rappeler à M. Fauvel les travaux entrepris de nos jours, travaux immenses inconnus des anciens et du moyen âge? Il croit que cela n'est pas nécessaire. Il suffit de dire qu'on a fait d'immenses progrès en hygiène, depuis le temps de Moïse et que l'on en fera beaucoup d'autres à l'avenir. L'hygiène progresse incessamment. Relativement à la régénération sanitaire que M. Fauvel déclare ne pas comprendre, la pensée de la Commission a été de faire ressortir l'importance d'un fait propre à notre époque, à savoir, que depuis peu de temps seulement on a commencé à comprendre toute l'importance de l'hygiène, de ses lois et de ses moyens, ce qui est un indice de la nécessité reconnue par toutes les nations civilisées de changer de système de sortir de l'ornière tracée par les anciens, pour les égoûts, la canalisation des eaux, le drainage, l'assainissement des villes etdes ports, le dessèchement des marais et mille autres choses.

M. Fauvel s'applaudit d'avoir provoqué ces explications. Sur la proposition de M. Sawas qui déclare comprendre parfaitement cette introduction et qui la trouve bonne et utile, S. Exc. le Président la met aux voix.

Elle est adoptée à l'unanimité.

M. Segovia continue la lecture du rapport.

Après la lecture de la première section M. Fauvel prend la parole :

La Commission, dit M. Fauvel, a trouvé un moyen bien simple de faciliter sa tâche, mais il faut bien le dire, ce moyen consiste tout simplement à ne pas l'accomplir. Qu'on lise, dit M. Fauvel, aux pages 6 et 7 cette déclaration de la Commission à propos des foyers originels de choléra : « Sans s'enquérir, dit-elle, si la permanence est dûe à des conditions naturelles du sol et du climat, ou à des conditions artificielles créées par l'homme lui-même, à des causes de genèse nouvelle et continuelle, ou simplement à des transmissions suivies de la maladie, elle considère tout simplement comme *foyer originel* chaque localité dans laquelle le choléra s'est établi en permanence. Par cette déclaration la Commission exclut, comme on le voit, la recherche des causes de cette permanence, c'est à dire le point

capital à résondre. Cela fait, la Commission ajoute : « Par cette manière, d'envisager la question, nous écartons toute recherche des moyens *spéciaux*, et nous n'avons qu'à nous occuper des mesures hygièniques reconnues efficaces partout contre toutes les maladies pestilentielles, et *par conséquent aussi contre le choléra.* » En d'autres termes, dit M. Fauvel, la Commission se borne à conseiller, contre la genèse du choléra, les moyens habituels de l'hygiène. C'est comme si, voulant détruire l'endémie palustre, on avait négligé d'étudier la cause spéciale qui l'entretient, et l'on s'était contenté d'employer les moyens d'hygiène reconnus efficaces contre toutes les maladies endémiques. Qui ne voit, continue M. Fauvel, l'insuffisance d'un pareil système ? Il y a donc là, selon lui, une lacune dans le travail de la Commission.

M. Monlau avoue que les observations et les arguments de M. Fauvel sont de prime abord imposants et de force. Mais à les bien considérer ils ne peuvent pas s'appliquer au Rapport. M. Fauvel, oublie que ce Rapport est la suite du Rapport-général où toutes ces questions ont été soigneusement traitées et étudiées. Les conclusions du Rapport-général, la Conférence les a adoptées, et, la Commission ne pouvait et ne devait pas modifier une conclusion à laquelle elle avait souscrit. Qu'est-ce qu'il est dit dans le Rapport-général ?

Nous ne connaissons pas les conditions spéciales sous l'influence desquelles le choléra naît dans l'Inde et y règne dans certaines localités à l'état endémique. Cette conclusion du chap. 6 avait été, fait observer M. Monlau, adoptée à l'unanimité. Par conséquent, la Commission ne pouvait pas s'arrêter sur la recherche des conditions spéciales qui engendrent et fixent pour ainsi dire le choléra dans l'Inde. Toutefois elle a eu soin d'indiquer que toute endémie a quelque chose de spécifique, bien que le *quid* de cette spécificité soit inconnu, et, par conséquent les conditions essentielles de l'endémicité échappent, du moins jusqu'à présent, aux recherches les mieux dirigées. La Commission ne pouvait pas non plus conseiller des moyens spéciaux et elle s'est bornée tout simplement à dire que par l'emploi judicieux, méthodique des mesures hygiéniques générales on peut parvenir à quelque avantage concluant. Dans les Indes Anglaises, par exemple, on s'est bien trouvé de l'application en grand et méthodiquement opérée des mesures hygiéniques comprises dans la catégorie des mesures d'assainissement. La Commission en procédant comme elle l'a fait a cru sui-

vre le chemin le plus naturel et le plus logique. A-t-elle eu tort de ne pas se livrer à la recherche des causes génératrices du choléra? Non certes, car outre qu'elle n'était pas appelée à faire cela, ayant été précédée par la Commission qui a élaboré le Rapport-général, elle n'aurait pu aboutir à aucun résultat pratique en se livrant à Constantinople à des recherches de cette nature. Si le choléra doit être un jour connu dans son origine, ce jour est, on peut bien le dire, encore loin, et si M. Fauvel au lieu d'établir un parallèle entre le choléra et les fièvres palustres avait voulu mettre en regard du choléra d'autres maladies, il aurait vu que si nous ne savons rien à propos de la genèse du choléra, nous nous trouvons dans la même ignorance au sujet d'une foules d'autres maladies pestilentielles et non pestilentielles.

Sur la demande de plusieurs Délégués, S. Exc. le Président met aux voix le texte de la première section du Rapport.

Il est adopté à l'unanimité.

A propos de la conclusion de cette section, M. Bartoletti fait observer que la Commission se prononce trop catégoriquement et d'une manière trop absolue lorsqu'elle dit: Il n'y a pas de moyens directs pour éteindre les foyers endémiques du choléra. M. Bartoletti est d'avis qu'on gagnerait à tempérer cette assertion, si on disait par exemple comme on l'a fait dans le Rapport-général: Nous ne connaissons pas de moyens etc.=on se mettrait à l'abri de toute critique.

M. de Lallemand partage complètement la manière de voir de M. Bartoletti.

M. Fauvel s'exprime dans le même sens; il serait préférable, croit-il, de dire que dans l'état actuel de la science nous ne connaissons pas de moyens directs pour éteindre les foyers endémiques du choléra. La Commission aurait dû s'en tenir là et se prononcer avec réserve, car qui peut affirmer qu'un jour ces moyens directs ne seront pas découverts comme ils l'ont été pour les fièvres paludéennes?

M. Mühlig trouve justes ces observations, et il avoue que c'est un défaut de rédaction. La Commission elle-même en d'autres endroits de son Rapport s'est prononcée avec plus de réserve.

M. Goodeve opine qu'il faudrait adopter la modification de rédaction proposée par M. Bartoletti. Rien, dit-il, ne nous autorise à croire que le choléra restera éternellement sur la surface du globe, que les conditions qui concourent à sa naissance existeront toujours, et que les moyens de le

prévenir ou de l'empêcher dans son évolution feront toujours défaut. Donc la réserve est de rigueur.

La Conférence après avoir accepté cet amendement, adopte à l'unanimité la conclusion qui doit commencer par les mots : — *nous ne connaissons pas, etc.*

La séance est levée à 4 h. 1/2.

Ordre du jour de la prochaine séance.

Suite de la discussion du Rapport de la première Commission.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Dr NARANZI. — Bon DE COLLONGUE.

Procès-verbal N° 22.

Rectifications.

Page 4 ligne 14: supprimez le mot *meilleures.*

» 11 » 12: au lieu de avaient réfutées lisez : *avaient été réfutées.*

» 11 au lieu du passage qui commence à la ligne 13, *M. Monlau parle* etc., et finit à la ligne 20 par ces mots: *nous ramener à cette époque.* lisez : « *M. Monlau procède d'une méthode scientifique qui n'est pas la nôtre. En un mot il est dogmatique, il prend ce qu'il croit être une vérité incontestable et partant de là il déduit sa théorie. Tout argument qui ne vient pas à l'appui de sa thèse est réputé par lui mauvais ; tout fait qui contrarie sa doctrine est rejeté comme douteux ou inexact. On raisonnait de la sorte au moyen âge, dit M. Fauvel, alors que la scolastique florissait. M. Monlau voudrait nous ramener à cette époque.* »

Plus bas, ligne 25: au lieu du mot *logique* lisez : *méthode.*

» » » 30: au lieu de *qu'ils n'ont pas succombé*, lisez : *qu'ils n'ont pas été atteints.*

Page 12 au lieu du passage qui commence ligne 17 par ces mots : A M. Stenersen qui combat etc., et finit ligne 31, lisez: *A M. Stenersen qui combat la conclusion du chapitre 27, M. Fauvel répond qu'en admettant que l'immunité est proportionnée à la résistance vitale, le rapport n'a pas voulu donner une explication mais seulement constater un fait : et quant à la conclusion où il voudrait supprimer un membre de phrase, M. Stenersen ne s'est pas aperçu que ce qu'il voudrait qu'on supprimât est le complément nécessaire de ce qui précède et appelle l'attention sur ce qui suit.* »

Page 19 ligne 16: au lieu de «*celles qui durent plus long-temps*, lisez : *ces dernières.* »

» 24 » 16: au lieu de «*qui n'est nullement cholérique et qui ne le devient pas*, lisez: *qui sont de vraies diarrhées cholériques sans qu'elles deviennent jamais du choléra confirmé.* »

» 24 » 20: au lieu de « *cependant ces diarrhées se prolongent*, lisez : *tout au contraire les diarrhées qui ne se transforment pas en choléra confirmé se prolongent souvent.* »

ANNEXE AU PROCÈS-VERBAL DE LA 24me SÉANCE.

RAPPORT

Sur les mesures d'hygiène à prendre pour la préservation contre le Choléra Asiatique; fait au nom d'une Commission composée de MM. Gomes, Goodeve, Lenz, Millingen, Monlau, Mühlig *et* Spadaro (médecins), *et de* MM. Keun, Malkom-Khan, Segovia *et* Vetsera (diplomates).

Par M. le Dr Monlau, rapporteur.

MESSIEURS ET TRÈS HONORABLES COLLÈGUES,

La Conférence est arrivée à la partie la plus difficile, sinon la plus importante, de ses travaux : après de longues études sur l'origine, la genèse, la transmission et la propagation du choléra asiatique, elle va s'occuper des moyens de préservation contre ce fléau qui depuis un demi siècle vient jeter, par ses invasions trop fréquentes, la consternation et la mort sur toute la surface du globe.

Conformément à la nature du problème, vous avez décidé que le système de préservation comprendrait trois ordres de mesures; 1° mesures hygiéniques; 2° mesures quarantenaires; 3° mesures spéciales pour l'Orient.

Vous avez livré à trois Commissions l'examen de ces trois ordres de mesures, et la Commission de mesures d'hygiène vient aujourd'hui vous rendre compte du résultat de ses délibérations. Elle ne se flatte

point d'avoir répondu pleinement à votre attente, mais elle ne doute pas que vos lumières perfectionneront le travail de la Commission.

—

Dans le monde physique, comme dans le monde moral, l'emploi des moyens préventifs du mal est toujours préférable à la nécessité de la répression ; et la raison en est si simple, qu'il serait tout à fait superflu de s'arrêter à la développer. De là découle l'importance de l'*hygiène*, qui n'est que l'art de la préservation de la santé des hommes et de la salubrité des lieux qu'ils habitent.

La haute importance des mesures hygiéniques se déduit tout naturellement des fâcheux effets de leur oubli ou de leur transgression. Il n'y a pas une seule maladie qui n'ait pour origine, ou pour auxiliaire, l'oubli des préceptes de l'hygiène ; l'on sait, du reste, combien sont précieux les services que l'hygiène rend à la thérapeutique. A cause de l'incurie et de l'insouciance en matière d'hygiène, la terre a été mille fois ravagée par les pestilences, et c'est principalement par l'hygiène que ces fléaux ont presque disparu des pays civilisés. Aussi, avez vous pensé que les moyens fournis par l'hygiène doivent apparaître en première ligne parmi les mesures que nous allons recommander contre le choléra.

Ces mesures hygiéniques ont non seulement l'avantage de mettre obstacle au choléra asiatique, mais encore à toute espèce de maladie pestilentielle, et d'en atténuer toujours les effets lorsque l'invasion n'a pu être empêchée. La thérapeutique ne possède pas de panacées, mais en hygiène tous les moyens ont un certain caractère d'universalité.

Les mesures d'hygiène produisent, en outre, des résultats efficaces et permanents, ce qui n'a pas toujours lieu pour les moyens coércitifs ou curatifs. L'hygiène ne perd jamais aucune de ses conquêtes.

Hâtons-nous d'ajouter, cependant, que l'efficacité des mesures hygiéniques dépend d'une exécution loyale, opportune, énergique et complète, de ses mesures ; les demi mesures, la tiédeur ou l'incurie dans l'exécution, n'aboutissent à rien de satisfaisant. Il est très important que les Gouvernements, et même les individus, n'oublient jamais ce principe capital, qui est la *conditio sine quâ non* de l'efficacité de l'hygiène.

On objecte que l'action des mesures hygiéniques, quoique sûre et

efficace, est d'ordinaire lente ; ce n'est qu'au bout de plusieurs années, et quelquefois de siècles, que l'on arrive à des résultats bien sensibles. Oui, cela est vrai dans une certaine limite, lorsqu'on est dépourvu de moyens auxiliaires; mais aujourd'hui que les progrès de l'industrie humaine ont mis à notre disposition des moyens presque magiques, les mesures hygiéniques sont à même de recevoir une impulsion très puissante : l'hygiène du siècle XIX peut, et doit, être beaucoup plus active que l'hygiène de l'époque de Moïse, par exemple, ou que l'hygiène du moyen-âge ; et le concours empressé des Gouvernements, et l'appui de l'opinion publique, assez éclairée déjà sur les avantages du système préventif, nous portent à croire que désormais les mesures hygiéniques seront conçues sur une grande échelle, et mises à exécution avec toute l'énergie et toute l'intelligence qu'on a droit d'attendre de la science contemporaine.

D'ailleurs, l'administration publique, dans tous les pays, a été amenée à se convaincre, et par le raisonnement et par de cruelles expériences, que les frais que nécessitent les mesures préventives sont des frais éminemment reproductifs. Cette conviction passera dans les masses, et tout le monde finira par avouer, avec nous, qu'aucune mesure hygiénique n'est jamais trop *coûteuse*, et que la dépense des sommes, même les plus fortes, pour la réalisation des mesures de salubrité, n'est au fond que placer de l'argent à un intérêt très considérable. On a dépensé des sommes énormes pour le perfectionnement des moyens de s'entre-détruire; et l'on hésiterait à dépenser quelque chose pour l'hygiène, qui est l'art de la conservation, l'art d'entretenir la vie et d'éloigner les maladies et la mort? Non, car les pays qui sont à la tête de la civilisation moderne entreprennent déjà des travaux d'assainissement tels que nous les admirons exécutés, ou en voie d'exécution, par exemple en Hollande, à Paris, ou à Marseille, ou tels que ceux des égoûts de Londres, où l'on a dépensé déjà, seulement dans les derniers travaux de canalisation, plus de trois millions de livres sterlings. La Grande-Bretagne a étendu aussi sa sollicitude aux Indes, et c'est avec la satisfaction la plus vive que nous avons appris qu'elle y dépense en ce moment un million de livres sterlings en frais de canalisation, et qu'elle vient de destiner six-cent mille livres encore pour approvisionner d'eau potable la ville de Calcutta.

L'heure de la régénération sanitaire a sonné, car les bienfaits de cette régénération commencent à être profondement sentis, et nous

avons l'espoir que la civilisation moderne, par son entrain et par le magnifique arsenal de moyens dont elle dispose, l'emportera bientôt sur les œuvres gigantesques de l'ancienne Rome, et sur les constructions colossales et sur les institutions hygiéniques de l'Orient primitif.

Les mesures hygiéniques se recommandent enfin par une dernière considération, savoir que l'époque n'est pas très éloignée où elles deviendront peut-être les seules mesures possibles, les seules capables d'inspirer quelque confiance. L'Occident a été récemment ému, il est vrai, par l'invasion cholérique de 1865: le choléra asiatique, profitant, comme l'homme, des découvertes modernes, fait ses incursions beaucoup plus facilement qu'il y a cinquante ans, et il se propage au loin avec toute la rapidité des bateaux à vapeur et des chemins de fer. L'Europe a donc été forcée de réfléchir sérieusement sur les moyens de déjouer les invasions ultérieures du fléau asiatique, et nous voici assemblés pour rechercher en commun le meilleur système de défense à adopter. Dans ce moment, on est disposé à tout accepter; tout le monde est d'accord sur ce que les mesures quarantenaires ne portent, au bout du compte, à l'industrie et au commerce qu'un préjudice beaucoup moins considérable que les invasions cholériques elles-mêmes, avec leurs suites; mais, dans quelque temps il adviendra que chaque pays, prenant en main la balance de ses propres intérêts, fera pencher diversement le plateau des quarantaines La navigation et le commerce, aujourd'hui dociles, en apparence, au joug des lazarets et des purifications, reviendra bientôt à ses naturelles antipathies contre toute sorte d'entraves; les guerres, les grands intérêts coloniaux, les vastes entreprises de transport, viendront, par leurs exigences, renforcer les cris de la navigation, et il se pourrait bien que le système quarantenaire fléchît dans sa sévérité indispensable, et tombât en désuétude; mais le choléra asiatique, ou toute autre pestilence, pourra bien reparaître tôt ou tard: c'est alors que les peuples de l'Occident voudront recourir de nouveau aux quarantaines sérieuses; mais, pris au dépourvu, il sera trop tard pour s'opposer à son envahissement, et ils n'auront peut-être d'autres moyens de défense que les améliorations hygiéniques réalisées dans leurs ports et dans leurs centres de population, dans la construction navale et dans la police sanitaire des grandes agglomérations qui se déplacent.

C'est sous l'influence de ces considérations que votre Commission s'est livrée à l'examen des mesures de préservation par l'hygiène.

Après les avoir examinées, nous nous sommes décidés pour la méthode d'exposition qui suit :

1° Mesures hygiéniques à prendre dans les localités ou contrées censées être des foyers permanents de choléra.

2° Mesures hygiéniques pour empêcher, autant que possible, l'importation du choléra par la voie de mer. *(Hygiène navale).*

3° Mesures hygiéniques pour diminuer les chances de réception de la maladie dans les ports. *(Assainissement des ports).*

4° Mesures hygiéniques pour diminuer la prédisposition des localités. (*Assainissement des villes*).

5° Mesures d'hygiène pour arrêter, autant que possible, la propagation dans l'intérieur du pays.

6° Mesures d'hygiène, enfin, pour prévenir et éteindre les foyers d'infection, en détruisant dans l'air, ou dans les objets contaminés, les germes de la maladie. (*Désinfection*).

Ainsi donc, tarir, dans les limites du possible, les sources génératrices du choléra asiatique, — s'opposer ensuite à l'importation de la maladie, — détruire, sans discontinuer, la disposition des localités à le recevoir,— diminuer ses ravages lorsque, malgré toutes les précautions, la maladie a pénétré dans une localité, — et tout cela par des moyens de l'ordre hygiénique, — tel est le plan de préservation et de défense que la Commission va développer. — Dans ce cadre trouveront naturellement leur place toutes les mesures prophylactiques ; et, d'ailleurs, cette méthode d'exposition a pour elle l'avantage de s'accorder parfaitement avec le programme que la Conférence a bien voulu nous tracer pour servir de guide aux travaux de la Commission.

I

Remonter jusqu'à la source du mal, le mettre à découvert dans toute son étendue, le combattre avec force jusqu'à l'extinction complète, c'est évidemment en prévenir à jamais le retour. C'est pourquoi votre programme, Messieurs, nous a posé comme première question celle de savoir s'il y a des moyens préventifs qui permettraient d'éteindre les foyers originels du choléra dans les Indes.

Le problème est assez difficile à résoudre, et vous mêmes, vous avez reconnu cette difficulté, presque insurmontable, en avouant, dans l'une des conclusions déjà adoptées par la Conférence, que nous ne connaissons pas les conditions spéciales sous l'influence desquelles le choléra naît dans l'Inde et y règne, dans certaines localités, à l'état endémique. Il s'agit, en effet, d'une endémie, et les endémies, expression pathologique ordinaire d'un pays, recèlent au fond quelque chose de spécifique, qui constitue comme l'idiosyncrasie morbide de certaines contrées. Quelques-unes de ces endémies s'expliquent assez naturellement par des influences connues; mais il y a des endémies, surtout parmi les exotiques, qui sont les plus désastreuses, dont l'étiologie est remplie d'obscurités. Nous n'en savons rien au juste, mais nous croyons que ce facteur insaisissable et mystérieux des produits endémiques, n'est véritablement que le résultat de la combinaison des influences antihygiéniques. Il est constant que les mesures hygiéniques, ou les progrès de l'hygiène, tendent toujours à détruire la cause des maladies endémiques, ou à en restreindre les fâcheux résultats.

Ce que nous venons de dire nous fait aborder avec quelque espoir de réussite la résolution du problème de l'extinction de l'endémie cholérique. Certes, nous ne pouvons pas agir directement sur la cause efficiente primaire du choléra des Indes, nous ne répondons pas de l'étouffer dans son berceau; mais en écartant les différentes causes que l'expérience nous fait considérer comme pouvant servir d'occasion ou d'auxiliaires à la genèse du fléau, peut-être arriverons nous à lui ôter sa force principale, à le circonscrire, à le déposséder de son caractère d'importabilité, et, en tout cas, nous sommes sûrs d'arriver à des résultats profitables. Nous ne pouvons agir directement sur ce qui nous est inconnu, mais nous pouvons agir d'une manière indirecte, par une espèce de perturbation, c'est à dire en troublant, par l'hygiène, les procédés de la funeste élaboration du choléra, ou, ce qui revient au même, en modifiant les conditions statiques et dynamiques des habitants, et détruisant par là la réceptivité individuelle.

Maintenant, la Commission croit indispensable de s'entendre tout d'abord sur le véritable sens de l'expression *foyer originel* du choléra. La Commission, désirant écarter de son travail toute sorte de théories, et ne voulant pas susciter des controverses stériles, considère tout simplement comme *foyer originel* chaque localité dans laquelle le choléra s'est établi *en permanence*, sans s'enquérir si cette permanence est dûe

à des conditions naturelles du sol et du climat, ou à des conditions artificielles créées par l'homme lui-même, à des causes de genèse nouvelle et continuelle, ou simplement à des transmissions suivies de la maladie.

Par cette manière d'envisager les foyers originels du choléra, nous écartons toute recherche des moyens *spéciaux*, et nous n'avons qu' à nous occuper des mesures hygiéniques reconnues efficaces partout contre toutes les maladies pestilentielles, et par conséquent aussi contre le choléra. La Commission aura donc à examiner dans quelle étendue ces mesures sont-elles applicables, ou déjà appliquées, dans l'Inde, et quels résultats il est raisonnable d'en attendre.

La Commission a le bonheur de posséder parmi ses membres M. le Dr Goodeve, l'homme le plus compétent, par sa longue résidence dans les Indes, pour l'éclairer, d'un côté, sur les difficultés qui s'opposent dans ce pays à l'introduction des mesures hygiéniques sur une grande échelle, difficultés qui proviennent de l'étendue du pays, des conditions du sol, du nombre des populations et de leur état intellectuel, — et, d'autre part, sur l'étendue que la sollicitude du Gouvernement anglais est déjà parvenu à donner à ces mesures.

Pour ne pas accorder trop d'espace à l'examen d'une seule question, au préjudice des autres, qu'il nous soit permis de nous borner à une simple énumération des mesures hygiéniques, en partie déjà exécutées, et en partie encore en voie d'exécution, dans l'Inde, sans entrer dans leurs détails et dans leur appréciation. Afin d'établir un certain ordre dans cette énumération, nous commencerons par les mesures concernant l'*organisation du service sanitaire.*

Depuis le commencement de l'année 1864, le Gouvernement anglais a institué, outre les administrations déjà existantes, trois nouvelles Commissions sanitaires permanentes ayant leur résidence à Calcutta, Madras et Bombay. Ces Commissions sont composées d'employés du service civil et d'officiers, de médecins et d'ingénieurs de l armée. Elles doivent, selon les ordonnances qui les constituent, organiser l'administration sanitaire générale pour chaque présidence et des conseils de santé locaux et exécutifs pour diriger le service des villes, l'institution des officiers de santé, etc. Les plans d'organisation de ces conseils sanitaires locaux sont déjà soumis au Gouvernement et pris en considération. La tâche des trois Commissions sanitaires permanentes est, d'ailleurs, indiquée par les ordonnances du Gouvernement

comme ayant pour but : de donner des conseils et de l'assistance dans tout ce qui concerne la santé publique, de veiller sur la condition sanitaire de la population européenne et indigène, de faire des rapports sur les maladies prédominantes, les causes et moyens de prévenir les maladies épidémiques; de donner leur avis sur l'assainissement des villes des indigènes, sur l'emplacement de nouvelles stations, sur la disposition des cantonnements et des bazars nouveaux, ou sur l'amélioration des stations et des bazars déjà existants; d'examiner de nouveaux plans de casernes et d'hôpitaux, etc. Voilà une série de mesures préliminaires excellentes, en même temps qu'indispensables, pour arriver à des résultats satisfaisants.

Passons maintenant aux mesures qui ont rapport à l'*assainissement des villes*, assainissement qui, tout récemment, a été entrepris sur une échelle assez vaste. — D'abord, à Calcutta, on travaille, déjà depuis quelques années, à un système colossal de drainage, qui comprend toute la ville et qui éloignera de la rivière les égoûts actuels. Le gouvernement de Bengale, de son côté, a déjà sanctionné la construction d'un aqueduc pour fournir à la ville de la bonne eau, prise à une distance de 25 kilomètres, et de canaux de distribution. Les anciens égoûts, qui étaient comblés, ont été parfaitement nettoyés, et les latrines publiques ont subi beaucoup d'améliorations ; leur contenu est emporté journellement à la distance d'une lieue pour être enfoui dans une pièce de terre déserte, et un chemin de fer est en construction pour emporter hors de la ville toutes les ordures et immondices dans des seaux bien fermés. Toutes les industries nuisibles à la santé ont été bannies de l'intérieur de la ville ; la municipalité a entrepris la construction d'un grand abattoir public hors de la ville, et dès qu'il sera achevé, tous les abattoirs intérieurs seront supprimés. Toutes les immondices, les débris organiques, les matières pourries et les animaux morts, sont enlevés journellement et brûlés dans un four à une lieue de distance de la ville. Enfin, la déplorable pratique de jeter les cadavres dans le Hooghly, a été absolument prohibée dans la ville; les cadavres sont brûlés, et le bois pour l'incinération est fourni aux pauvres par les soins et aux frais de la municipalité.

A la ville de Bombay, sans compter plusieurs autres améliorations réalisées depuis long temps, on a commencé tout récemment à établir un système de nettoyage beaucoup plus complet ; les rues sont élargies, et par là, comme aussi par le terrassement des murailles de

l'ancienne forteresse, on a gagné une plus ample ventilation. Par la construction de nouveaux quartiers on tâche de remédier à l'encombrement des logements de la classe indigente. Le Gouvernement prépare même un *acte* pour statuer sur tous ces points, comme aussi pour régler la hauteur des maisons, le minimum des ouvertures pour la ventilation des appartements, etc.

Dans la ville de Madras on prépare les plans de grands aqueducs pour approvisionner la ville d'une eau excellente, avantage auquel sera adjoint un bon système de drainage.

Ajoutons qu'outre ces travaux dans les villes capitales, l'assainissement de plusieurs autres villes, surtout de celles attenantes aux stations militaires, est déjà en pleine voie d'exécution.

L'énumération détaillée des mesures hygiéniques prises *à l'égard des troupes*, depuis une série d'années assez longue, nous mènerait trop loin. Parmi ces mesures, celles concernant le déplacement et la dissémination en temps de choléra méritent une mention spéciale, qui sera faite autre part. Il suffira de dire ici que, grâce à toutes ces mesures, l'état sanitaire des troupes s'est considérablement amélioré depuis 10 à 15 années. Les casernes, dans les stations militaires, ont été agrandies et réformées, et dans plusieurs cantonnements bâties à neuf, le tout d'après un plan-modèle qui remplit parfaitement les conditions que l'hygiène la plus avancée est en droit d'exiger par rapport à l'emplacement, à l'orientation, à l'abondance d'eau, aux moyens d'ablution, aux latrines, etc. — Le nettoyage et la vidange des latrines se font journellement; les déjections des cholériques sont désinfectées par des moyens chimiques, et enfouies loin des casernes et des campements; les malades sont tenus à se servir de latrines séparées; ils sont traités dans des hôpitaux spéciaux; leurs lits et leurs hardes sont brûlés; les casernes et les habitations doivent être purifiées et badigeonnées avant le retour des troupes, qui ont été soumises au déplacement, ou à la dissémination, dès le commencement de toute épidémie.

La transmissibilité du choléra n'ayant été reconnue aux Indes, comme presque partout ailleurs, que depuis peu, ce n'est aussi que dans ces derniers temps qu'on a commencé à baser les mesures sanitaires sur le principe de la transmissibilité. Dans l'Inde, les mesures spéciales fondées sur la transmissibilité n'ont été prises en sérieuse considération qu'après la présentation du rapport de M Strachey, président de la Commission d'enquête sur l'épidémie de 1861 dans les

provinces du N.-O. de l'Hindostan ; et ce n'est que depuis une époque encore moins éloignée qu'on pense sérieusement au danger provenant des *pèlerinages des Hindous*, danger signalé, il est vrai, déjà depuis longtemps, par GRAVES et d'autres. Dans le rapport annuel de Bombay pour 1863 *(Deaths in Bombay during 1863)*, le Dr HAINES expose en détail l'influence probable des pèlerinages sur la ville de Bombay. Le directeur général du service médical de Madras, dans son rapport sur la mortalité à Madras en 1864 (10th. *Annual report on the causes of death in Madras for* 1864), attribue aussi aux individus revenant des fêtes de Conjeveram, Tripetty, Trivellore, etc., l'importation fréquente du choléra dans la ville de Madras, comme, déjà en 1860, il avait attribué la propagation du choléra à travers les provinces centrales aux pèlerins venant des temples de Mahadéo. — Le Dr LEITHZ, président de la Commission sanitaire de Bombay, nous dit, dans son rapport du 10 mars 1866, qu'à la suite des mesures prises pour prévenir les ravages du choléra parmi les pèlerins, on a obtenu un brillant résultat : les lieux de pèlerinage étaient au nombre de *quatre-vingt quatorze*, et, quoique le choléra sévît dans la présidence, il n'éclata que dans *deux* de ces endroits, savoir ; à Jeypoorie, où 5,000 dévots étaient ressemblés, et à Sumgum, où la réunion était de 50,000. La mortalité paraît ne pas avoir été considérable ni dans l'un ni dans l'autre de ces lieux ; ce qui est un exemple frappant de la puissance des mesures d'hygiène.

Les mesures prises pour éviter les dangers des pèlerinages sont de deux sortes : 1° mesures pour empêcher le développement du choléra aux lieux de pèlerinage pendant l'agglomération des pèlerins ; 2° mesures pour empêcher les pèlerins de propager la maladie sur leur chemin au retour.

Les mesures prises aux lieux de pèlerinage ont été : pour Conjeveram la construction de latrines suffisantes, l'enlèvement des déjections alvines deux fois par jour et leur enfouissement à distance, les rues journellement balayées et arrosées d'eau, et toutes les immondices enlevées par un service de transport par charrettes, etc. ; on avait pourvu la ville d'une bonne eau potable en quantité suffisante et accessible à tous. Les bestiaux ont été éloignés de la ville. — Grâce à ces mesures, il n'y eut pas de choléra à Conjeveram pendant les fêtes des années de 1864 et 1865, chose inouïe jusque là.

A Bombay, on avait établi de vastes campements pour les pèlerins, afin d'empêcher l'encombrement dans les villes ; des hôpitaux pour les

pèlerins; un système de nettoyage; on avait construit des latrines, qui dans quelques endroits consistaient tout simplement dans des tranchées faites, sous le vent, à une distance convenable des campements, et comblées de terre après leur service.

Pour ce qui concerne le *retour des pèlerins,* le gouvernement de Bombay applique l'article 271 du code pénal, concernant les maladies contagieuses, et fait surveiller l'entrée des pèlerins dans les villes et les stations militaires en exigeant, avant de leur en permettre l'accès, des preuves qu'ils ne souffrent ni de diarrhée ni d'autres indices de choléra, et que depuis 48 heures ils n'ont pas eu de communications avec des individus présentant ces symptômes. A défaut de ces preuves, les pèlerins sont gardés en observation pendant 48 heures, et ensuite, si aucun indice de la maladie ne s'est manifesté, ils sont admis dans la ville. Dans le cas contraire, les malades sont séparés des individus sains, et ceux-ci ont à recommencer la quarantaine d'observation de 48 heures. Pour appliquer ces mesures l'on prend des arrangements afin que les pèlerins trouvent des provisions, de l'abri et même de l'assistance médicale. S'il n'y a pas moyen de leur fournir des tentes ordinaires, on construit des tentes à la façon des indigènes; des latrines doivent être établies sous le vent du campement; elles peuvent consister en simples tranchées de un pied et demi de profondeur et autant de largeur; ces latrines doivent être les seuls lieux d'aisance pour les pèlerins, et les individus sont tenus, après en avoir fait usage, de recouvrir immédiatement leurs excréments avec de la terre. Les malades doivent être séparés des autres pèlerins, et leurs déjections traitées par des désinfectants tels que la solution de permanganate de potasse, chlorure de zinc, acide carbonique, ou, à défaut de ces substances, de la chaux vive.

Le règlement de ces pèlerinages rencontre de grandes difficultés d'exécution; on voit qu'il n'est pas encore définitivement arrêté, et il faut espérer que ces dispositions recevront chaque année les modifications dont l'utilité et même la nécessité seront démontrées par l'expérience.

En examinant de près toutes les mesures hygièniques en voie d'exécution dans l'Inde, personne ne pourra nier la grande et salutaire influence qu'elles devront nécessairement avoir sur l'intensité des épidémies en général, et spécialement du choléra, en diminuant la prédisposition à l'infection cholérique et en détruisant plusieurs des causes

adjuvantes de la maladie. Cependant, qu'il nous soit permis de rappeler que les mesures hygiéniques à elles seules ne suffiront pas pour éteindre le choléra dans un avenir prochain, car bien que leur influence soit sûre et indubitable, et bien que cette influence ne puisse être remplacée par aucun autre moyen, elles n'agissent que progressivement; elles finiront peut-être par éteindre le choléra, tout en diminuant d'abord ses ravages, mais nous voudrions des résultats moins tardifs, nous avons besoin de nous prémunir contre l importation, nous devons opposer des obstacles sérieux et décisifs à la propagation d'une maladie aussi transmissible que le choléra : cette transmissibilité peut donner lieu à des épidémies meurtrières tant qu'il existera un seul foyer permanent de choléra, on pourrait presque dire tant qu'il existera un seul individu atteint de cette maladie. On voit bien, donc, que les mesures directes contre l'importation et la propagation *(mesures restrictives)* sont indispensables, et qu'elles le seront encore pendant longtemps. Quoiqu' elles ne soient pas du ressort de l'hygiène générale, nous ne pouvons que les conseiller dès à présent comme la précaution pour le moment la plus valable contre l'importation du fléau: mais ce même conseil vous sera donné probablement, et avec plus d'autorité, et avec plus de détails, par la Commission chargée de vous soumettre un plan complet de police sanitaire pour les pèlerinages.

La Commission espère que tous les Gouvernements qui ont des possessions dans les Indes, voudront bien concourir au même but humanitaire par des mesures hygiéniques semblables à celles prises dans les Indes anglaises, et appliquées dans leurs territoires respectifs selon les besoins locaux.

En reconnaissant, et en appréciant, tous les avantages en partie déjà acquis, et dans un plus haut degré encore à attendre, des mesures hygiéniques adoptées dans l'Inde, la Commission conclut donc :

Il n'y a pas des moyens directs pour éteindre les foyers endémiques du choléra, mais on peut espérer d'y parvenir par un ensemble de mesures parmi lesquelles le rôle le plus important reviendra aux mesures hygiéniques.

La Commission espère aussi que le gouvernement de la Grande Bretagne voudra bien poursuivre, et élargir encore, la voie de réforme dans laquelle il est entré avec tant de succès ; mais nous recommanderions surtout de ne pas renoncer aux mesures *coercitives*. La transmissibilité du choléra étant donnée, et la lenteur d'action des mesures

hygiéniques étant connue, les mesures restrictives et d'isolement seront indispensables, pendant longtemps encore, pour empêcher d'abord l'importation, toujours imminente, et ensuite pour laisser aux mesures hygiéniques le temps de faire sentir leurs effets.

II

Malgré toute l'efficacité des moyens préventifs employés aux Indes, leur action, il faut le répéter, sera toujours très lente : c'est le propre de toutes les mesures hygiéniques, comme nous l'avons dit dès le commencement. Après avoir empêché autant que possible la production du mal, il faut, tant qu'il se produira, lui barrer le passage et empêcher l'importation, surtout par la voie de mer, la plus dangereuse de toutes les voies de communication, mais aussi celle qui se prête le mieux à des précautions efficaces. Ces précautions nous pouvons les tirer en abondance de l' *hygiène navale.*

La navigation devient de jour en jour plus active et plus rapide. Depuis soixante ans le nombre des navires a augmenté d'une manière surprenante. Comptez les navires de guerre et marchands, de long cours et de cabotage, qui sillonnent la mer, poussés par le vent ou par la vapeur; comptez les milliers d'hommes composant les équipages; comptez les milliers de passagers; comptez les millions de tonneaux de marchandises que transportent les navires; comptez le nombre immense de familles dont la subsistance dépend des industries navales; alors seulement vous pourrez calculer le nombre d'existences et le montant des intérêts matériels, et même moraux, qui ont leur sort lié au sort de la navigation et aux progrès de l'hygiène des bâtiments.

Ces progrès sont assez considérables depuis un siècle : le chiffre moyen des décès annuels de la marine anglaise, par exemple, qui est aujourd'hui de 11,8, était, il y a soixante ans, de 91 et même de 125 pour mille. Toujours, et partout, la santé et la mortalité sont dans un rapport étroit avec les mesures d'hygiène. On a réalisé de grandes améliorations, mais il en reste encore beaucoup à obtenir.

Pour ce qui est du choléra, la Conférence a déclaré, d'accord avec l'expérience, que les communications maritimes sont les plus dange-

reuses, et que ce sont elles qui propagent le plus sûrement au loin la maladie. A ce danger il faut opposer une hygiène navale la plus sévère. La Commission ne peut descendre à des détails, qui se trouvent d'ailleurs dans les excellents *Traités* que vous connaissez tous sur l'hygiène navale; c'est pourquoi elle se bornera à une rapide énumération des mesures principales.

D'abord, il faut penser au navire comme habitation, et comme réceptacle éventuel des germes morbifiques. L'hygiène navale commence sur le chantier. Ainsi, donc, il faut considérer les améliorations à introduire dans l'apprêt du bois et la préparation des planches et de la membrure destinées aux constructions navales; l'imperméabilité des parois qui forment la coque des navires; la largeur des écoutilles, la disposition des panneaux, des sabords et des hublots, avec tout ce qui se rapporte à la circulation et à la renovation de l'air; la propreté de la cale et de la sentine; l'approvisionnement, la préparation et la conservation, des substances alimentaires et des boissons; la matière et la forme des vêtements de l'équipage, etc., etc.

L'étude de tout ce qui est en rapport avec le perfectionnement de l'architecture navale, ou avec l'économie des bâtiments, doit être encouragée par les gouvernements des Puissances maritimes. Il faut accorder des primes et des distinctions aux inventeurs des découvertes favorables à la salubrité des bâtiments, à la santé des équipages et des passagers.

Supposons, maintenant, le navire en état de partance. L'*hygiène du départ* comprend toute une série de mesures que la Commission ne fera que mentionner.

D'abord, il faut constater soigneusement l'état matériel et les conditions sanitaires des navires en partance, et surtout de ceux qui se destinent aux voyages de long cours. Les armateurs devraient être tenus à parer aux inconvénients qui leur seraient signalés par les autorités ou par les agents officiels. L'insalubrité de plusieurs des vieux navires est trop notoire: la prévision officielle devrait s'étendre jusqu'à la défense de naviguer, pour les bâtiments dont le mauvais état les convertit en autant de foyers endémiques de fièvres, de dyssenteries et de toute sorte de maladies.

L'état des marchandises, par rapport à leurs conditions de salubrité, mérite aussi de fixer l'attention. Il faut empêcher, par exemple, l'embarquement d'objets humides ou récemment mouillés par la pluie; —

faire laver, et sécher autant que possible, les bois de grandes dimensions, ou le grosses planches, sortant des rivières et des marais, avant de les introduire dans le navire; — empêcher l'embarquement des articles ou premières matières, surtout de nature organique, si elles sont souillées, avariées ou corrompues.

La nature du lest, ainsi que le mode de l'arrimage, doivent être l'objet de précautions fort importantes.

Il faut tenir grand compte aussi des vêtements des matelots, du détail de leurs pièces de rechange, et de l'état de leurs logements et de leurs hamacs.

Avant le départ d'un bâtiment, il convient de s'enquérir de la quantité et de la qualité des vivres et des boissons. Parmi ces dernières, l'eau potable mérite de fixer l'attention, surtout pendant que régne le choléra. Toujours, mais principalement alors, on doit empêcher l'embarquement des eaux bourbeuses ou contaminées. Il faudrait défendre, même dans les temps ordinaires, de faire aiguade à certains ruisseaux, à certaines rivières ou à certaines sources dont l'eau peut inspirer des soupçons d'insalubrité.

L'hygiène au départ demande aussi la constatation sévère, par un médecin, de l'état de santé des hommes de l'équipage. Le nombre des matelots, d'ailleurs, doit être proportionné au tonnage du navire et à la durée de la traversée.

Il est encore de la plus haute importance de constater, autant que possible, l'état de santé des passagers. Le nombre de ceux-ci sera toujours proportionné au tonnage du navire, à la capacité de ses cabines, au nombre de lits, de matelas, de couvertures, à la durée du voyage, etc.

L'encombrement est le grand inconvénient des habitations navales, surtout en temps de choléra: la Commission n'hésite pas à proposer que les réglements fixent le maximum des passagers qu'il sera permis d'embarquer; il faut refréner résolûment la cupidité des compagnies de transport et des capitaines de bâtiments marchands, toujours avides de recevoir à leur bord des passagers, et en encombrer les cabines, et même le pont de leurs navires, contrairement aux conditions élémentaires de la vie et de la santé.

Le cubage atmosphérique est souvent insuffisant dans les navires, surtout pendant la nuit, et la ventilation n'est pas toujours parfaite; qu'arrivera-t il lorsqu'à ces deux causes radicales d'insalubrité vient

se joindre l'encombrement, avec les produits de la respiration et de la perspiration de tant d'hommes réunis, l'évaporation des vêtements mouillés, les effluves qui se dégagent des hamacs et des couchettes, du linge sale, des malades, etc.? Il n'est pas difficile de prévoir les fâcheux résultats de ce méphitisme permanent, qui est une des causes auxiliaires du développement de toute sorte de maux.

Le transport des animaux vivants réclame toute l'attention de l'hygiène navale du départ. Laissant de côté l'importabilité du choléra par des animaux vivants, question sur laquelle la Conférence s'est abstenue de se prononcer formellement, il faut empêcher avec soin l'infection à bord occasionnée par la surcharge de bétail, et épargner aux ports de destination le spectacle révoltant du débarquement d'un grand nombre d'animaux en état d'asphyxie. L'insouciance, pour ne pas dire la cruauté, de certains capitaines ou patrons de bâtiment, est incroyable ; dans le sein de la Commission, des faits remarquables ont été produits à ce sujet.

Nous appellerons encore l'attention des autorités sanitaires sur la nécessité de la présence d'un médecin, ou d'un chirurgien, à bord des bâtiments qui font habituellement le transport des voyageurs ou dont l'équipage atteint un certain chiffre. Une remarque à ce propos: la présence d'un médecin à bord est toujours un bienfait pour les matelots et pour les passagers, mais lorsqu'on veut l'envisager comme garantie contre l'importation du choléra, comme source de renseignements, et surtout comme circonstance atténuante pour la quarantaine, c'est une question qui mérite une mûre réflexion. Les conditions d'entrée dans le service, le mode de nomination de ces médecins, leurs titres et leur solde, leur caractère, officiel ou non, etc., sont autant de circonstances qui doivent être prises en considération. Votre Commission se borne à dire : que le service sanitaire à bord des navires de la marine marchande devrait être réglementé par l'administration publique.

Comme dernière mesure de l'hygiène du départ, la Commission est d'avis que tous les bâtiments soient tenus de se munir d'une pharmacie portative contenant les médicaments les plus usuels, avec les appareils les plus nécessaires pour les cas de chirurgie. L'autorité sanitaire devrait dresser le catalogue de ces médicaments, faire rédiger une *Instruction médicale* pour leur usage, dans les navires qui n'auraient pas de médecin à bord, et rendre obligatoire pour

tous les bâtiments l'embarquement de cette boîte avant le départ. Les substances désinfectantes devraient y avoir une large place.

Toutes ces mesures, ou la plupart d'entre elles, sont très connues, et même obligatoires dans plusieurs pays, et il serait fort à désirer qu'elles fussent rendues obligatoires partout.

L'*hygiène de la traversée* n'est que la suite de l'hygiène du départ. Un navire parti dans toutes les bonnes conditions sanitaires désirables, pourrait perdre facilement tous ces avantages, s'il venait à négliger les soins prescrits par l'hygiène de la traversée.

Cette hygiène n'est pas difficile à deviner : elle se compose de tous les préceptes de l'hygiène générale, modifiés d'après les exigences spéciales de l'atmosphère maritime, du navire et de la profession navale.

On ne saurait trop recommander, d'abord, la propreté la plus exquise du bâtiment, du logement des matelots, et des cabines des passagers.

La cale transforme les navires en véritables marais flottants, pour peu qu'on oublie l'assainissement de cette partie difficile des habitations navales. Cet assainissement s'obtiendra moyennant un arrimage méthodique, par la bonne conservation du chargement et des approvisionnements, par une ventilation continue, et par le renouvellement des eaux de la cale. Il faut pomper fréquemment pour enlever l'eau croupie de la sentine ; il faut empêcher, autant que possible, la formation de la boue noirâtre qui se dépose dans le fond, et désinfecter, enfin, cette partie du bâtiment par des moyens énergiques, lorsque l'aérage et l'addition d'eau limpide ne suffisent pas pour rendre inoffensif ce foyer perpétuel d'insalubrité.

L'insuffisance de l'aération, l'accès difficile à l'irradiation solaire pour les parties intérieures du navire, l'humidité qui en résulte; voilà les inconvénients auxquels il faut parer par une ventilation continue à travers les ouvertures ordinaires bien disposées et d'un diamètre suffisant, et par l'aération forcée, moyennant les diverses appareils de ventilation qui ont été proposés, et parmi lesquels le ventilateur à double effet de M. Peyre mérite une mention spéciale.

La pratique de profiter du beau temps pour ouvrir les panneaux et exposer à l'air et au soleil les vêtements et la literie de l'équipage, ne sera jamais négligée sous aucun prétexte. Les matelots doivent se laver fréquemment, changer de linge, au moins une fois par semaine, changer les habits mouillés avant de se livrer au sommeil ; en un mot,

il faut éloigner minutieusement toutes les causes, médiates ou immédiates, de malpropreté, d'encombrement et d'infection.

Quant au régime, il va sans dire qu'on veillera soigneusement à l'état des vivres, des salaisons, du biscuit, de l'eau potable, ainsi qu'à l'état des vases et ustensiles de cuisine.

Pendant la traversée, enfin, aucune indisposition, même la plus légère, ne doit être négligée. Pour les provenances d'un port infecté de choléra, la moindre diarrhée, le plus simple dérangement de l'appareil digestif, devra être l'objet d'une attention toute spéciale. On tiendra séparés, autant que possible, les individus présentant de symptômes suspects, et l'on emploiera les désinfectants d'après les prescriptions de l'*Instruction* médicale dont nous avons parlé plus haut.

Voilà les indications principales concernant l'hygiène de la traversée.

Pour ce qui est de l'*hygiène à l'arrivée*, elle ne consiste que dans une série de mesures de précaution en rapport avec l'état sanitaire des personnes embarquées et avec les conditions hygiéniques du bâtiment. De l'hygiène au départ et de l'hygiène pendant la traversée dépend en quelque sorte l'hygiène à l'arrivée.

Lorsque l'hygiène navale aura atteint un plus haut degré de perfection, lorsqu'on tiendra plus rigoureusement à l'application de ses règles, les navires n'apporteront pas si souvent dans leurs flancs des germes de mort, ou, du moins, les chances d'importation pestilentielle seront diminuées dans une forte proportion. En attendant que la marine marchande se décide plus généralement à regarder la salubrité des navires comme un intérêt majeur du commerce, et qu'elle s'habitue à ménager la santé de leurs équipages et à préserver la santé des passagers, il faudra bien que l'Administration veille à la préservation de la santé publique dans les ports d'arrivée.

Ainsi donc, tous les bâtiments, avant d'être admis à la libre pratique, seront visités afin de constater soigneusement leur état, et de reconnaître comment la police sanitaire y a été faite au départ et pendant la traversée.

Dans les temps ordinaires, un navire bien tenu ne doit naturellement être soumis à aucune espèce de mesures; dans le cas contraire l'autorité sanitaire du port avisera s'il y a lieu à prendre les mesures hygiéniques nécessaires.

Maintenant il faut remarquer que l'hygiène du départ et celle de l'arrivée sont plutôt du ressort direct de l'Administration, et que la

pratique des mesures hygiéniques pendant la traversée est plus particulièrement dévolue aux capitaines et aux patrons des bâtiments. Il faudrait compiler toutes ces mesures, en donnant plus d'étendue à celles de la traversée, dans un *Manuel*, composé par les soins de l'Administration sanitaire de chaque pays, à l'usage de la marine marchande. Les dispositions principales de ce code de santé et de préservation commune devraient être rendues obligatoires, et les capitaines seraient tenus d'avoir constamment à bord quelques exemplaires de ce *Manuel*, qui comprendrait, en outre, l'*Instruction* relative à l'usage des médicaments du bord. Il va sans dire que ce *Manuel* pourrait revêtir la forme d'un abrégé sommaire, ou d'un petit *Guide*, pour les bâtiments qui font le cabotage; et que pour les navires de long cours ou de grand tonnage, il devrait contenir plus de détails, des considérations plus spéciales, et même être complété par des renseignements sur les règlements sanitaires des pays ou du littoral qu'ils fréquentent le plus souvent.

L'effet salutaire des mesures hygiéniques mentionnées, appliquées à la navigation sur une vaste échelle, ne tarderait pas de se faire sentir surtout pendant les invasions cholériques. Un tableau statistique de la marine marchande de chaque pays, avec le nombre des malades et des décès qui auraient eu lieu à bord pendant l'année, serait un excellent moyen de connaître au juste l'effet de la pratique sérieuse de l'hygiène navale, et d'en signaler les progrès. Le bureau d'enregistrement, et la règle observée à ce sujet dans la Grande Bretagne, répondent, ou à peu près, au vœu de la Commission. Nous voudrions, en outre, que les armateurs, les capitaines et les patrons des navires dont l'équipage aurait fourni le contingent relativement le plus bas aux maladies et à la mortalité, reçussent un prix, ou toute autre récompense, comme encouragement de leur zèle.

Serait il convenable d'établir des punitions à côté des récompenses? C'est au Gouvernement de chaque pays qu'il appartient de se prononcer sur l'opportunité des dispositions pénales à ce sujet. — La Commission se bornera à rappeler seulement que le système des primes pécuniaires, appliqué en vue de la préservation des passagers et des hommes de l'équipage, a été essayé maintes fois, surtout en Angleterre, et toujours avec les meilleurs résultats. Plusieurs milliers d'émigrants, de déportés et de soldats, ont dû leur vie à l'application de ce système. Baser le prix du transport, et même les honoraires des chirurgiens de bord, sur

le nombre des passagers débarqués en pleine santé, est un moyen indirect, mais fort efficace, de perfectionner l'hygiène navale.

Après avoir démontré l'importance de cette hygiène, et après avoir indiqué sommairement les règles dont elle se compose, la conclusion à établir se dégage tout naturellement des considérations émises. De l'avis, donc, de votre Commission, l'on devrait :

1° *Ouvrir des concours, et décerner des prix aux auteurs des découvertes ou perfectionnements dont le résultat immédiat serait un progrès quelconque dans l'assainissement des navires, dans l'amélioration des conditions hygiéniques des équipages, ou dans le bien-être des passagers.*

2° *Publier un* MANUEL D'HYGIÈNE NAVALE *à l'usage de la marine marchande de chaque pays. L'exécution des prescriptions les plus importantes de ce* MANUEL *serait obligatoire pour les capitaines ou patrons.*

3° *Encourager par des primes et des récompenses ceux des armateurs, capitaines ou patrons de navire qui se seraient distingués dans le bon entretien de leurs bâtiments et de leurs équipages.*

III

Pour que le choléra asiatique éclate dans une localité, il ne suffit pas de la seule arrivée d'une provenance d'un lieu infecté; il faut encore une *réceptivité* de la part de la localité, il faut des circonstances qui favorisent la transmission. Il se peut bien, et il arrive assez souvent, que le choléra soit importé, sans être transmis ou reçu.

Quelles sont ces circonstances favorables à la transmission ? . . . . . L'hygiène gagnerait beaucoup en précision et en autorité si elle parvenait à les déterminer toutes ; la préservation du choléra serait alors une tâche moins ardue. Malheureusement nous ne savons pas au juste quelles sont ces circonstances; toutefois, sauf certaines réserves, nous pouvons bien donner une base solide à nos préceptes. Si nous ne connaissons pas toutes les conditions de la réceptivité, nous connaissons du moins certaines circonstances fâcheuses presque toujours favorables à la transmission et à l'extension rapide des pestilences. L'insalubrité des ports en est une. L'importation étant donnée, la transmission sera toujours plus à craindre dans un port infect, que dans un port assaini.

Assainir les ports sera, donc,une des mesures d'hygiène qui peut contribuer beaucoup à nous préserver du fléau, en diminuant la réceptivité locale. En tout cas, il s'en suivra une mitigation sensible des ravages éventuels de la maladie. D'ailleurs,après avoir tant insisté sur l'assainissement des foyers générateurs du choléra, et après avoir recommandé tant de soins hygiéniques aux bâtiments, les véhicules conducteurs les plus ordinaires, il est logique d'assainir pareillement les ports, qui sont les premiers lieux qui reçoivent le choléra. Assainir nos ports c'est toujours remplir un devoir envers les habitants du littoral, c'est encore diminuer les chances de réception des maladies importables,c'est rendre, simultanément, plus fort le droit d'agir avec rigueur contre les provenances dont les conditions hygiéniques ne seraient pas tout à-fait irréprochables.

Par malheur, plusieurs ports de la Méditerranée méritent encore, sous le rapport de l'hygiène, des reproches non moins sévères que les navires les plus mal entretenus.

Souiller l'eau pure des ruisseaux et des rivières par des immondices, couvrir de matières excrémentielles le fond limpide des mouillages, et transformer en cloaques le bassin de nos ports, c'est toujours une espèce de profanation, un acte de barbarie, un attentat contre la santé. Il n'est que trop commun, en effet, de choisir le bassin des ports de mer pour réceptacle de toutes les ordures de la ville. On dit bien que ces matières n'exercent aucune influence sur les habitants, parce qu'elles sont emportées au loin par la mer et submergées; pourtant il n'en est rien: on oublie que, par leur poids spécifique, ces matières se déposent vite dans le fond, mais que la marée, ou les courants et les vents soufflant du côté de la mer,les ramènent continuellement vers la plage. Il n'y a qu'à visiter un de ces ports pendant la basse-marée, ou à l'approche d'un orage, ou par un temps brumeux, pour se convaincre, par les émanations infectes de cette énorme couche de vase et de boue noires, combien elles doivent être pernicieuses pour ceux qui les respirent. Il est évident que plus le climat du port est chaud, et plus cette influence délétère se manifestera.

Nous savons bien que les navires du port souillent naturellement les eaux du bassin par les cendres, les déjections, et autres immondices, mais il faut diminuer autant que possible cet inconvénient, moyennant des règlements de police intérieure pour éloigner des ports les causes innombrables d'infection qui s'y trouvent accumulées. A cause de cette

souillure inévitable des ports de mer, il faudra, en outre, les draguer ou les débourber à des intervalles plus ou moins rapprochés, d'après le nombre des navires, le climat, etc. Puisque le débourbage devient indispensable par le seul fait de la fréquentation du port, il est déplorable de voir ajouter à l'infection par les navires l'infection par les égouts et les latrines de la ville. On sait quel rôle considérable jouent les émanations des déjections alvines dans la manifestation et la propagation du choléra ; on sait aussi que cette maladie est importée très fréquemment par la voie de mer ; par conséquent, les provenances d'un lieu infecté trouvent dans ces ports un sol éminemment propice au développement des germes morbifiques, et il n'y a pas lieu de s'étonner que le choléra soit transmis si vite dans les villes du littoral et qu'il s'y propage d'une manière si meurtrière. Il est d'une extrême urgence d'assainir nos ports, de les élargir, d'établir une police intérieure sévère, et surtout d'éloigner de leur bassin les eaux immondes, les égouts et les latrines de la ville.

Nous appellerons pareillement l'attention de l'Administration sur les faubourgs qui se forment ordinairement auprès des ports les plus fréquentés. Le service des grands ports demande, en effet, des calefats et d'autres ouvriers pour la réparation des navires, des ouvriers pour les fabriques de cordage et de voiles, des portefaix pour charger, décharger et transporter les marchandises ; tous ces individus, avec les familles des hommes des équipages, avec un certain nombre de matelots invalides, ou non enrôlés, des pêcheurs, etc., logent naturellement le plus près possible du port, et donnent lieu à la création d'une espèce de quartier maritime attenant à la ville. Ce quartier est loin de remplir les conditions voulues par l'hygiène municipale; les débits de liqueurs, les cabarets immondes, les logements infects, les vices et la misère, y occupent une large place : cette population est en rapport continuel avec les navires dans le port, et c'est chez elle que se manifestent presque toujours les premiers cas de choléra. Les mesures d'isolément seraient les meilleurs moyens de sauvegarder la ville ; mais les inconvénients de ces mesures sont à l'ordinaire très graves, presque insurmontables. Il est donc urgent de se prémunir par l'hygiène en assainissant ces quartiers, en diminuant les chances de réceptivité, et en empêchant la formation des foyers d'infection par la surveillance et l'exercice d'une police sanitaire rigoureuse. — Dans quelques ports d'Angleterre et de la Hollande, on a déjà pourvu très sagement à l'un

des besoins de ces quartiers : on a établi pour les matelots en disponibilité des espèces d'asiles *(sailors home)* où ils sont logés convenablement, et soignés en cas de maladie. Nous croyons que cet exemple mérite d'être imité dans tous les grands ports.

Maintenant la Commission résume son exposé dans la conclusion suivante :

L'assainissement des ports, avec défense d'y faire aboutir les égouts de la ville, leur dragage périodique et leur bonne police sanitaire intérieure, sont des mesures hygiéniques de la plus haute importance pour la préservation des maladies transmissibles en général, et du choléra en particulier.

L'assainissement des quartiers attenants aux ports de mer, et leur police sanitaire la plus sévère, sont aussi des mesures de préservation très importantes.

IV

Après l'assainissement des ports, il faut s'occuper de l'assainissement des villes. Les causes d'infection qu'une ville recèle dans son sein sont nombreuses : les émanations qui naissent de l'entassement des personnes dans des habitations étroites, les exhalaisons des étables et des écuries, des égouts et des latrines, les émanations des manufactures et des ateliers, l'influence des boues amassées sur les voies publiques, celle des abattoirs, des hôpitaux, des hospices, des cimetières, des casernes et des prisons, ainsi que le défaut de renouvellement de l'air, l'absence de la lumière solaire, l'humidité ; telles sont les causes (et nous sommes loin de les avoir toutes énumérées) de l'insalubrité ordinaire des centres de population. L'hygiène n'a pas présidé à la formation de ces centres; au contraire, c'est à la suite des maux dont ils sont devenus les foyers qu'a pris naissance l'hygiène municipale. Science créée *à posteriori*, elle a la mission de réparer les désordres occasionnés par l'ignorance ou la négligence de tous les principes de la salubrité publique. Cette réparation n'a été jusqu'ici que trop lente; nous croyons qu'il est grand temps de l'accélérer, d'abord parce que les moyens d'assainissement abondent, et en-

suite parce que la nécessité d'arracher aux cachexies populaires et à la mort des classes entières de la population devient de plus en plus pressante.

Assainir une ville c'est, réellement, diminuer le chiffre de la mortalité, prolonger la vie moyenne de ses habitants, et augmenter le bien-être général : assainir une ville c'est encore détruire, ou faire décroître considérablement, la prédisposition locale et la prédisposition individuelle à recevoir et à contracter des maladies importables; c'est atténuer en outre, d'une manière non moins sensible, les ravages de ces maladies lorsque leur transmission n'a pu être empêchée. C'est sous ce dernier point de vue, et spécialement par rapport au choléra asiatique, que la Commission envisagera l'assainissement des villes.

Cet assainissement comprend l'hygiène entière, mais nous nous bornerons à passer en revue les trois chapitres les plus importants, savoir: *l'air*, *l'eau* et le *sol*. Leur importance a été reconnue depuis des siècles, car, en effet, c'est dans la *pureté de l'air*, dans la *bonté des eaux* et dans la *propreté du sol*, que se résume évidemment tout ce qui de près ou de loin se rapporte à la salubrité d'un lieu habité quelconque.

De l'air. — La hauteur des édifices, l'étroitesse et la sinuosité des rues, l'existence des égoûts, les émanations continuelles des excrétions de l'homme et des animaux, les résidus des halles et marchés, et mille autres causes encore, rapprochent l'atmosphère des grandes villes des conditions de l'air confiné. L'insalubrité de l'atmosphère urbaine frappe les sens, rien qu'en franchissant les portes des grandes villes au retour de la campagne. Il n'est pas difficile de prévoir quels seront les effets de l'action permanente de cette atmosphère à laquelle le citadin est lié par des rapports constants et nécessaires.

Examinons, sous le point de vue pratique, quelques-unes des causes de la viciation de l'air.

L'air peut être vicié d'abord par son *insuffisance* relativement au nombre d'individus qui le respirent ; ces mêmes individus n'auraient pas alteré, du moins sensiblement, l'air s'ils avaient occupé un espace convenable, tandis que dans un espace resserré ils le corrompent par leurs diverses émanations. A cette cause se rapportent les effets délétères de l'encombrement des logements de la classe indigente qui devraient être surveillés spécialement par l'Administration locale. Des *Commissions de logements insalubres*, à l'instar de celles de Paris, ou d'autres associations s'occupant spécialement des logements

de la classe indigente comme par exemple à Londres, instituées dans chaque ville, rendraient les plus grands services à la santé publique. Dans plusieurs grandes villes de l'Europe on a commencé à construire des maisons spéciales *(cités-ouvrières)* destinées à offrir des logements salubres et à bon marché à la classe ouvrière, — et la Commission ne peut que souhaiter ardemment que ce moyen insigne de bienfaisance se répande de plus en plus.

La *stagnation*, c'est-à-dire le manque de renouvellement, est aussi une des causes principales de la viciation de l'air. Le même cubage d'air peut servir sans inconvénient à un plus grand nombre d'individus s'il est continuellement renouvelé. De là l'importance d'une large ventilation tant pour les logements que pour toute une ville, car des rues trop étroites et anguleuses, ou des cours trop petites et entourées de hautes maisons étendent sur toute une population l'influence nuisible exercée sur quelques individus par des chambres mal ventilées. Cette influence se manifeste surtout pendant le choléra (auquel l'air sert de principal véhicule), parce que l'air, lentement et insuffisamment renouvelé, peut communiquer la maladie à beaucoup plus d'individus, que ne le ferait un air constamment agité par le vent. D'autre part nous nous privons, par une ventilation insuffisante, d'un des plus puissants et des plus faciles agents de désinfection, savoir de l'*air libre*; des maisons restées fermées après avoir été visitées par le choléra ont transmis la maladie même après que l'épidémie était déjà éteinte.

Mentionnons encore une troisième source d'altération de l'air, son *mélange direct* avec *des gaz délétères*, et surtout le mélange avec des gaz qui se développent par la décomposition des matières organiques. A cette cause se rattachent les exhalaisons du sol, dont nous parlerons bientôt. Nous nous bornons à dire pour le moment que les substances qui infectent l'air par l'intermédiaire du sol, peuvent le faire aussi directement avant de l'avoir imprégné. Pour cette raison, les établissements industriels donnant lieu à des émanations putrides de cette nature ne devraient pas être tolérés dans l'enceinte des villes, par exemple les fabriques de poudrette, les tanneries, les fabriques de colle, les savonneries, comme aussi les abattoirs. En un mot, la plus grande propreté doit en général être observée dans les villes; des flaques d'eau stagnantes, des immondices accumulées dans les rues ou dans les cours, ne doivent pas exister — Les ordures, de quelque nature qu'elles soient, seront enlevées par les soins de l'administration municipale plutôt que par

ceux des particuliers ou des propriétaires des maisons.— De toutes les causes de l'impureté de l'air dans les villes, les égouts et les latrines sont les plus actives. Nous y reviendrons à propos du sol : qu'il nous suffise de dire ici que les gaz répandus par des excréments en décomposition (surtout le carbonate et le sulfhydrate d'ammoniaque et le gaz hydro-sulfurique) ont une influence morbifique directe sur l'homme. Nous empruntons au *Report of the general board of health on the epidemic cholera of* 1848 *and* 1849 deux exemples constatant l'apparition soudaine, à Spitalfields, et à Southwark (Londres), d'une diarrhée violente chez un grand nombre de personnes exposées aux émanations d'une fabrique de poudrette voisine; dans les deux cas la diarrhée cessa aussitôt que ces fabriques furent fermées. Les expériences faites en 1848, par M. Herbert Barker, sur des chiens exposés aux émanations de cloaques et présentant constamment, après quelques heures, la *diarrhée* et les *vomissements*, sont également concluantes. Cette action délétère des gaz susmentionnés prouve la nécessité d'enlever immédiatement les excréments, ou de les désinfecter du moins sur place, et par des substances antiseptiques neutralisant ou absorbant ces gaz.

Nous terminerons ce chapitre en citant quelques exemples frappants qui démontreront les bons résultats auxquels on peut parvenir par la purification de l'air. Le Dr Marshall raconte qu'à Ely (Angleterre), après avoir amélioré l'état des égoûts et supprimé des mares d'eau et les fosses d'aisance ouvertes, la mortalité s'est réduite de 25,6 à 17,2 sur mille, et que la moyenne de la vie s'est augmentée de 4 ans et demi. Le Dr Carpenter dit que depuis qu'à Croydon on a construit des égouts perfectionnés (en 1853), la mortalité a baissé de 28,5 à 15.9 sur mille et que le typhus s'est à peu près éteint dans des localités où il était auparavant presque endémique. Enfin, dans le district de l'arsenal à Woolwich, la suppression des fosses d'aisance ouvertes a fait baisser la mortalité de 33 à 19 sur mille.

De l'eau — Nous n'entrerons pas dans de longues considérations sur le rôle important que l'eau, bonne et abondante, joue dans la salubrité publique, et dont l'ample approvisionnement est l'un des devoirs les plus sacrés des Administrations municipales. Ce qu'il serait important de faire ressortir c'est l'influence des eaux impures, comme causes prédisposantes, et des eaux contaminées par le germe cholérique comme causes directes, du développement et de la propagation du

choléra, si cette influence n'était pas déjà généralement admise; c'est pourquoi nous nous bornons à ajouter quelques exemples à ceux déjà cités dans le Rapport qui vous a été fait sur les questions du 1er et du 2e groupes du Programme général.

La ville d'Exeter puisait son eau dans une partie du fleuve contaminée par des cloaques; le nombre d'attaques de choléra en 1832 fut de mille, dont 347 mortelles. Après cette époque on fit venir l'eau d'une distance de deux lieues au-dessus de la ville, et en 1849 il n'y eut que 44 cas de choléra; et en 1854 il n'y en eut presque pas. — A Nottingham, l'eau étant mauvaise en 1832, on y observa 289 cas de choléra; on changea l'eau, en en faisant venir de la Trent en amont de la ville, et en 1849 il n'y eut que 13 cas de choléra, dont 7 mortels. A Dumfries, en 1832, il y eut un décès de choléra sur 28 habitants, et en 1849 un sur 32; on procura alors une meilleure eau à la ville, et en 1854 Dumfries demeura presque indemne. — A Hull, en 1832, on n'avait pas d'eau suffisante, mais elle était pure et bonne, et il y eut un total de 300 décès de choléra. Après cette époque, l'eau fut prise d'un endroit de la rivière exposé à l'influence de la marée et de la contamination par des cloaques, et en 1849 on y compta 1834 décès de choléra. — Le cas rapporté par le Dr Acland, dans son mémoire sur le choléra d'Oxford, est un des plus frappants. Il y a à Oxford deux prisons, celle de la ville et celle du comté. Dans cette dernière, il y eut 3 cas de choléra en 1832, et 14 cas en 1845, tandis que la prison de la ville s'est maintenue indemne pendant les deux épidémies. La même exemption eut lieu en 1854, tandis que la prison du comté fut de nouveau atteinte; sur 95 prisonniers il y eut 37 cas de diarrhée, et 5 attaques de choléra dont 4 mortelles. Le contraste était trop frappant pour ne pas amener la recherche des causes: une enquête fut ouverte, et on constata que l'eau qui était bue par les détenus de la prison du Comté passait par un moulin et était retenue par une digue au-dessus pour former une écluse. Lorsque le moulin marchait, l'eau coulait rapidement, entraînant avec elle toutes les ordures de l'écluse, mais lorsque le moulin s'arrêtait, le cours de l'eau était interrompu et il se formait une espèce d'étang. En 1854, la rivière était extrêmement basse, et, durant les jours de l'infection, l'écluse contenait toute sorte de détritus organiques depuis la surface jusqu'au fond; en outre, un égoût de la prison se déchargeait dans l'étang, et le tuyau par lequel la prison était approvisionnée prenait l'eau à dix pieds de distance de l'égout.

Aussitôt que les causes furent connues, on renonça à l'usage de cette eau contaminée, et voici quel en fut le résultat. Avant le 29 septembre, jour où l'eau fut changée, il y avait eu 20 cas de diarrhée cholérique et 5 cas de choléra, dont 4 suivis de mort; après le 29, on ne compta que 3 cas de diarrhée et 1 de choléra, dont aucun ne fut fatal. — Non moins remarquable est le fait observé dans une autre prison, celle de New-Bailey, qui nous est rapporté par le Dr Greenhow. Dans la matinée du 28 septembre 1859, il y éclata subitement une épidémie de diarrhée, dont quelques cas présentaient le caractère cholériforme (quoique le choléra n'existât pas dans le pays); sur une population de 466 prisonniers il y eût 196 attaques dans les 24 heures; les quatre jours suivants le nombre des attaques fut de 56,7,5,2; total 266, dont aucune mortelle. On se mit à la recherche des causes, et on découvrit que le tuyau de trop-plein de la citerne, dont l'ouverture était soigneusement fermée, aboutissait à un égout. On y renonça à l'usage de cette eau, et l'épidémie disparut à l'instant. Chose remarquable, parmi les 53 personnes qui composaient le personnel de l'Administration de l'établissement, il n'y eut pas un seul cas de diarrhée; elles buvaient, pourtant, l'eau de la même provenance que les prisonniers, mais elle était amenée dans un autre réservoir qui n'avait aucun tuyau en communication avec l'égout. Ce fait nous suffirait pour établir, comme du reste il est aisé de le démontrer par le raisonnement, que l'absorption par l'eau des gaz putrides, sans aucun mélange de matières liquides ou solides, peut la contaminer, et que son usage peut donner lieu alors à la production d'accidents cholériformes.

La Commission ne doute pas que ces exemples feront comprendre la nécessité de la pureté des eaux, ainsi que le danger de leur contamination

Nous rappellerons, en finissant, que les eaux peuvent être contaminées par l'*imbibition du sol* (c'est le cas des puits et des citernes), ou par l'*introduction directe des matières organiques* (et c'est le cas des rivières ou des fleuves). De là la double indication: 1° d'éloigner des fosses d'aisance, des écuries, etc., tout réservoir d'eau potable; 2° d'empêcher les eaux des ruisseaux ou des rivières qui approvisionnent les villes d'être souillées par des immondices, par les résidus des manufactures ou des ateliers, et de faire surtout en sorte que les égouts et les latrines n'aboutissent jamais auxdits cours d'eau.

Lorsque par une cause quelconque on est astreint à l'usage d'une eau

plus ou moins impure, il faudra la purifier préalablement en la faisant bouillir, en la filtrant au charbon,ou par d'autres moyens reconnus suffisants à cet effet. Pour les grands réservoirs à découvert, comme ceux qui fournissent l'eau à Constantinople, où elle contient beaucoup de matières dissoutes et en suspension, il serait convenable de la faire passer, avant qu'elle fût distribuée, par un appareil de filtrage. — Les circonstances spéciales de chaque localité décideront des moyens à employer. Ce qu'il importe de savoir c'est que les matières organiques, surtout celles d'origine animale, sont celles qui rendent plus nuisible l'eau potable : il faudra donc la purifier de ces éléments, lorsqu'on n'a pas fait usage des moyens d'empêcher sa contamination.

Du sol. — Le sol entre sans doute pour beaucoup dans l'étiologie des endémies et des épidémies, mais il doit l'importance de ce rôle à sa corruption plutôt qu'à sa nature. Cette corruption, dans les villes, est dûe presque toujours à l'incurie de l'homme. Au lieu d'empêcher à tout prix l'impregnation nuisible du terrain qu'il foule, il sème à foison autour de lui toute sorte de détritus organiques: or, tout ce qui tend à saturer le sol des cités de matières organiques, est une cause prochaine ou éloignée d'insalubrité ; et pourtant, l'homme, ne se souciant guère de cette vérité, tourne contre sa santé ce que d'un autre côté il dérobe à la fertilité des champs. Le sol de la plupart des villes n'est aujourd'hui qu'un vaste réceptacle d'ordures de toute espèce à un degré dont peu de personnes ont une juste idée, et la décomposition continuelle de ces matières contamine surtout l'air et l'eau. Empêcher l'impureté du sol devra donc être un des points capitaux dans l'assainissement des villes.

Parmi les causes nombreuses de l'infection du sol, nous ne signalerons que les plus importantes par leur influence , et par leur liaison avec le développement du choléra. Pettenkofer a calculé que *les excréments de cent mille habitants d'une ville chargent annuellement le sol d'une masse de matières putrescibles égale à celle qui résulterait de la décomposition de cinquante mille cadavres enterrés chaque année à la même place,* c'est-à-dire autour des maisons. D'après ce calcul, l'on voit tout de suite combien doit être considérable l'infection du sol par les matières excrémentielles. La prescription hygiénique est, dès lors, bien facile à déduire : c'est d'*enlever immédiatement, et d'éloigner des lieux habités, les excréments des hommes et des animaux.* Tel est le précepte ; mais il n'est guère suivi. Dans les petits villages, et même

dans certains quartiers des villes dépourvues de latrines publiques, l'on en est encore à déposer les excréments *directement sur le sol!* Dans certaines grandes villes, qu'on aurait le droit de croire policées, des *égouts ouverts*, et des puisards ou *puits noirs à fond perdu*, témoignent aussi combien elles sont peu avancées dans la voie de l'assainissement.

Dans la plupart des villes, les systèmes de latrines adoptés sont: 1° les *fosses d'aisance*, 2° la *canalisation*, et 3° les *fosses mobiles.*

Le système le plus répandu est celui des *fosses d'aisance*. Elles sont murées, parfois même cimentées, et gardent en dépôt les excréments pendant un laps de temps plus ou moins long. L'impregnation qui résulte de ce système vicieux est si forte, qu'après le grand incendie de Hambourg (mai de 1842) on trouva dans plusieurs endroits, en creusant la terre, des couches de *Struvit*, minéral composé de phosphate d'ammoniaque et de magnésie, et qui, pourtant, ne pouvait provenir que de la décomposition des matières excrémentielles de l'homme ou des animaux. L'infiltration est si considérable dans les fosses non murées, qu'elles n'ont besoin de vidange qu'un ou deux ans après leur construction.—Les fosses cimentées elles mêmes ne préservent pas le sol d'être impregné par des matières excrémentielles, parce que le ciment non-seulement n'est pas tout-à fait imperméable surtout pour les gaz, mais encore le nitrate d'ammoniaque, qui se forme dans les fosses d'aisance, entame tout ciment de manière à le rendre perméable même aux liquides. Hirsch cite l'exemple d'un puits éloigné de dix pieds d'une fosse d'aisance bien cimentée qui contenait, six mois après la construction de cette fosse, des matières putrides en telle quantité, qu'on ne pouvait plus se servir de cette eau.— Quant aux fosses non cimentées, Stamm remarque que de 900 puits, à Berlin, l'année 1864, l'eau de 86 puits n'était plus potable, à cause des matières organiques putrides y contenues. Le fait de Leipsic est aussi bien connu; l'eau de la Pleisse et de la plupart des puits était tellement viciée par les fosses d'aisance, qu'il fallut construire un aqueduc pour fournir de l'eau potable à la ville.

Le *système de la canalisation*, en usage surtout en Angleterre, se répand de plus en plus avec l'usage des water-closets. Les excréments sont conduits par un réseau de canaux (dont la pente, ainsi que de considérables masses d'eau y versées de chaque lieu d'aisance accélèrent l'écoulement) soit dans la mer (cas dont nous avons parlé à l'occasion des ports), soit dans des canaux et des fleuves, c'est à-dire dans

des eaux potables, et nous avons mentionné les effets d'un tel usage à propos de l'eau. Le sol est, certes, beaucoup moins imbibé de matières excrémentielles par ce système que par celui des fosses d'aisance, mais les eaux le sont d'autant plus ; et si les égoûts aboutissent à des eaux potables, le système de canalisation sera du moins tout aussi répréhensible que le premier, sous le point de vue hygiénique. Tous les deux favorisent la prédisposition à l'infection cholérique, et tous les deux peuvent favoriser la propagation du choléra en cas d'invasion de cette maladie. Ce dernier danger est même souvent encore plus grand pour le système de canalisation, parce qu'un grand nombre de lieux d'aisance établissent une communication directe entre un grand égout et les chambres habitées de différentes maisons. Les déjections d'un seul cholérique versées dans cet égout commun pourraient suffire à empoisonner plusieurs maisons à la fois, par les gaz refluant de la latrine et se communiquant aux chambres en emportant avec eux le principe cholérique. Cette circonstance explique comment souvent dans le courant d'une nuit le choléra se répand dans un grand nombre de maisons situées toutes sur un côté d'une rue ; cela arrive le plus souvent la nuit, parce que toutes les portes et fenêtres étant fermées, la ventilation n'emporte pas ces gaz qui exercent leur influence sur les habitants pendant plusieurs heures de suite. D'ici la nécessité de placer les chambres, surtout celles à coucher, en dehors de toute atteinte des water-closets communiquant à un égout commun.

La Commission n'entre pas dans l'appréciation détaillée des améliorations du système de canalisation exécutées dans quelques villes d'Ecosse, et projetées pour Londres, par lesquelles on tend d'un côté à préserver les fleuves des matières excrémentielles qui y sont conduites par ce système, et d'autre part à utiliser ces matières pour la fertilisation des champs. Le but principal de ces améliorations consiste à faire aboutir les égouts non à des fleuves, mais à de grands bassins, d'où leur contenu liquide est, au besoin, soulevé par des machines à vapeur à une certaine hauteur, et conduit par des tuyaux en pente, ou immédiatement, ou après une désinfection préalable, dans les champs. — Les frais de tels établissements sont énormes, en même temps que des conditions locales, telles que la situation d'une ville dans un lieu bas, l'insuffisance d'eau, de grands froids pendant l'hiver peuvent les rendre impossibles, et une certaine pénétration du sol par les matières excrémentielles n'est pas évitée.

Le troisième système, celui des *fosses mobiles* (avec ou sans séparation des matières liquides et la désinfection immédiate du contenu), tend à se répandre dans plusieurs villes de France, de Belgique, d Allemagne et d'Angleterre; il réunit les meilleures conditions hygiéniques à peu de frais et sans aucune perte des matières excrémentielles pour la fertilisation des champs. D'après ce système, les excréments sont déposés dans un vase qu'il est facile d'éloigner, et de remplacer par un autre, pour enlever dans ce vase même les excréments *(système des tonneaux)*. Par des perfectionnements successifs de ce système on est parvenu à séparer tout à fait les matières liquides des solides (ce qui retarde déjà de beaucoup la putréfaction de ces dernières) et à les désinfecter immédiatement. Nous ne pouvons entrer dans tous les détails de ce système, nous n'en mentionnerons en peu de mots que trois modifications: 1° les fosses mobiles à système diviseur de Mosselmann; la désinfection, exclusivement de l'urine, se fait par la chaux vive. 2° Le système de Mueller-Schuer; la désinfection des matières solides se fait par la chaux vive et le charbon végétal, celle des urines par la tourbe. L'usage de cette substance est fort à recommander pour les urinoirs publics et pour la désinfection des eaux ménagères. 3° Le système anglais (Dry-Method) les excréments sont séparés en liquides et solides, et ces derniers sont recouverts de marne ou d'argile bien séchées et pulvérisées.

Comme le système des fosses mobiles dans toutes ses modifications demande l'enlèvement plus ou moins immédiat des excréments, il est nécessairement lié à deux conditions: 1° à un système bien réglé de vidange; et 2° au choix d'un endroit désigné pour déposer les excréments hors de la ville. Pour cette dernière condition on recommande particulièrement un établissement annexe pour la fabrication d'engrais artificiel *(poudrette)*.

Tous les avantages hygiéniques du système des fosses mobiles se feront surtout apprécier à une époque de choléra, où il faut éviter tout à fait l'usage des lieux d'aisance qui communiquent avec un égout commun; mais il est encore préférable, durant de telles épidémies, de se servir dans les maisons de vases séparés à l'exclusion des lieux d'aisance; bien entendu que les vases doivent être vidés, et au besoin désinfectés immédiatement.

Ce que nous venons de dire des déjections des hommes se rapporte aussi bien à celles des bestiaux. Les accumulations de fumier ne doivent être tolérées ni dans les étables, ni dans les fosses destinées à le

garder. Les urines doivent être désinfectées par la tourbe, ou par d'autres moyens, avant qu'elles puissent s'infiltrer dans le sol

Nous ferons encore remarquer que souvent on tâche de combattre une épidémie de choléra, à son début, par la vidange générale et complète des latrines et des égouts, tandis que ce moyen est de nature plutôt à favoriser la propagation de la maladie. En temps d'épidémie il est même dangereux de dépaver, ou de fouiller de toute autre manière le sol d'une ville.

Comme les matières organiques se décomposent plus vite et plus facilement dans un sol humide, il faut tâcher de dessécher le sol des villes. Un *système de rigoles* bien murées et cimentées ferait écouler les eaux pluviales de manière qu'elles ne pourraient pas s'infiltrer dans le sol, et un système de *drainage souterrain* dessécherait le sol, dont l'humidité est reconnue de tout temps comme une condition qui favorise la propagation du choléra, ainsi que de toutes les maladies épidémiques.

Le méphitisme du sol exerce une grande influence sur le développement de la diarrhée ordinaire. D'après les rapports officiels sur la santé publique en Angleterre, la mortalité annuelle par la diarrhée dans les districts *(Registration districts)* regardés comme les plus salubres, ne dépasse pas 30 sur cent mille habitants, tandis que dans les dix districts de Coventry, Birmingham, Wolverhampton, Dudley, Merthyr-Tydfil, Nottingham, Leeds, Manchester, Chorlton et Salford, durant la période 1854 à 1858, elle atteignit (les cas de choléra exclus) un chiffre variant entre 106 et 266 sur cent mille ; c'est à-dire de 3 et 1/2 à 9 fois plus que dans les districts modèles. On a pu noter que la proportion plus grande des décès a toujours été en rapport avec la viciation de l'atmosphère locale par le produit des décompositions organiques, surtout des excréments de l'homme, ou avec l'usage habituel d'une eau contaminée; et que la décroissance de la mortalité a suivi l'amélioration des conditions hygiéniques de l'air et de l'eau et l'assainissement du sol. *(2nd Report of the Medical officer of the Privy Council.* — London, 1860.) — Cet assainissement préservera, donc, les centres populeux de la diarrhée simple, si fréquente dans les grandes villes, et diminuera ainsi la prédisposition à la diarrhée cholérique; car il a été observé que toute localité où les diarrhées règnent habituellement est aussi favorable au développement du choléra

Il nous reste à mentionner encore une autre source d'infection du

sol ; les cadavres et leur mode de *sépulture*. La plupart des villes ont des cimetières extra-muros; mais il en existe encore un nombre assez considérable où les enterremen's se font dans l'intérieur, et même dans les églises. Il ne sera donc pas hors de propos de rappeler que pour éviter l'influence des émanations putrides des cimetières, il faudra les placer assez loin de l'enceinte et des faubourgs de la ville. — La profondeur de la fosse ne doit pas être moindre de six pieds pour chaque cadavre.

Aux mesures générales concernant la sépulture des cadavres, il y aurait à en ajouter quelques-unes de plus spécialement applicables pour les temps d'épidémie de choléra. On ferait bien d'emporter les cadavres des cholériques de la maison le plus tôt possible, et ils devront être enterrés 24 heures après; leur ablution devra être évitée, et il faudrait les mettre dans un cercueil bien poissé, avec le linge du corps et de lit, sans autre vêtement, et les couvrir d'une couche de chaux vive avant de fermer le cercueil, qui à son tour en devra être couvert dans la fosse.— Le transport dans un lieu indemne des cadavres des individus morts de choléra devrait être interdit.

De l'étude rapide que nous venons de faire sur les causes principales de l'insalubrité des centres de population, découle la conclusion suivante:

L'assainissement des villes est un moyen préventif efficace pour s'opposer à la réception du choléra, et en mitiger les ravages.

Cet assainissement doit être basé principalement sur un ensemble de mesures qui tendent à maintenir la pureté de l'air, à approvisionner les villes d'une eau saine et abondante, et à empêcher l'infection du sol par des matières organiques.

La désinfection sur place, et l'enlèvement immédiat des matières excrémentielles, est une mesure hygiénique d'une importance capitale, surtout en temps de choléra.

—

Maintenant on nous demande s'il y a des mesures d'hygiène privée ou publique, des mesures d'assainissement, applicables sur une échelle assez vaste pour qu'elles puissent détruire, ou diminuer à un degré sensible, la prédisposition à l'infection cholérique ? Oui, ces mesures existent, et nous venons d'en énumerer les principales. Qu'elles soient ordonnées d'après un système complet, mises à exécution avec énergie,

et on en sentira bientôt les effets salutaires. On réussit toujours à mettre fin aux affections palustres par l'assainissement des contrées où ces affections sont endémiques ; et presque toutes les localités qui ont un peu avancé dans la voie de l'assainissement pendant l'intervalle de deux invasions de choléra, ont éprouvé, dans la dernière de ces invasions, l'influence propice des mesures hygiéniques. Dans ce Rapport même, nous avons cité des exemples assez frappants des effets produits dans différentes villes par les améliorations sanitaires dans l'approvisionnement de l'eau, ou à l'égard de l'infection du sol. Si les améliorations, même partielles, donnent lieu à des résultats si surprenants, combien ne faudrait-il pas en attendre d'un système général d'assainissement, composé d'un ensemble de mesures bien combinées et mises à exécution d'une manière vigoureuse et simultanée dans tous les pays, ou du moins dans leurs contrées principales?

Nous connaissons toutes les difficultés d'une entreprise aussi vaste, mais elle deviendra de plus en plus facile au fur et à mesure que les Gouvernements, ainsi que les populations, comprendront que la plupart des endémies et des épidémies ne doivent leur violence et leur extension qu'à l'agglomération des hommes et aux habitudes funestes contractées dans ces agglomérations; et lorsque cette vérité aura pénétré dans l'esprit de tous, tout le monde comprendra aussi qu'il est au pouvoir de l'homme, qu'il est même de son devoir, de détruire par ses efforts ce qu'il a créé par son ignorance.

Nous nous attendons à l'objection des frais énormes que nécessiterait l'exécution de toutes ces mesures hygiéniques sur une vaste échelle; mais nous avons répondu d'avance à cette objection: *la dépense des sommes même les plus fortes* (avons-nous dit à la page 3) *pour la réalisation des mesures de salubrité, n'est au fond que placer de l'argent à un intérêt très considérable.* Ici nous ne ferons qu'ajouter que dans l'un des pays qui se préoccupe le plus de la santé publique, et où l'on procède à des enquêtes sanitaires dans toutes les villes où la mortalité annuelle dépasse 23 sur mille, c'est presque un proverbe déjà populaire que la santé nationale est la richesse nationale *(National health is national wealth).*

V

Jusqu'ici nous avons examiné la préservation contre le choléra asiatique par des mesures hygiéniques rigoureusement *préventives;* nous allons considérer à présent les mesures du même ordre qui doivent être prises dans le cas d'imminence, ou d'une invasion déjà réalisée. Lorsque la prophylaxie a été négligée, ou lorsque par un motif quelconque elle a été impuissante, l'hygiène ne déserte point la lutte ; elle peut nous aider encore à empêcher bien des malheurs, ou du moins à les adoucir.

L'organisation prévoyante de l'*assistance publique,* devoir toujours pressant, devient un besoin urgent dans les temps d'épidémie. Il faut pourvoir d'avance à ce besoin, et avoir tout préparé pour diminuer autant que possible le nombre des victimes, ainsi que pour rendre moins funeste l'issue des attaques.

A la première de ces indications se rattachent les *secours à domicile.* Il est non-seulement nécessaire de venir en aide à la population pauvre par tous les moyens dont la bienfaisance publique dispose, mais il sera encore très convenable de veiller, par le moyen de *visites domiciliaires* régulières, à la salubrité des habitations et à l'état de santé des individus, surtout dans la classe nécessiteuse.

Ces visites ont une importance capitale. Elles devraient être *générales,* et *journalières,* autant que les ressources locales le permettent. Ces visites ont pour but de saisir le choléra dès l'apparition de ses premiers symptômes, et par là même d'en prévenir le développement. Par ces visites non seulement on parviendra à sauver beaucoup d'individus, mais encore on affaiblira l'intensité de l'épidémie, si l'on ne réussit pas à l'étouffer. Les statistiques des épidémies de 1848-49 et 1853 à Londres, à Dumfries, à Glasgow, à Munich, etc., où cette inspection sanitaire fut établie, d'une manière plus ou moins générale, donnent des résultats très satisfaisants — La Commission ne peut que recommander instamment l'adoption de ce système de surveillance, surtout dans les grandes villes, localités d'ordinaire les premières frappées, et devenant ensuite des centres de propagation. Cette mesure mérite à tous égards le nom de *préventive ;* mais, comme pour toute autre mesure hygiénique, son exécution doit

être opportune, complète et consciencieuse, si l'on veut avoir le droit de compter sur son efficacité.

Par les soins de l'Administration locale, on distribuera profusément et gratuitement des exemplaires d'une *Instruction* populaire contenant les préceptes principaux de la préservation individuelle, et des premiers soins à donner en cas d'attaque. Ces *Instructions*, dont du reste les modèles abondent, doivent être écrites dans un langage à la portée du peuple et adaptées aux conditions locales.

Parmi les conseils hygiéniques généraux, il faudra insister très particulièrement sur le danger des émanations excrémentielles. Il ne serait pas déraisonnable d'aller jusqu'à la défense absolue de l'usage des latrines communes, et à la prescription obligatoire de désinfecter en général les matières excrémentielles. Cette mesure, exécutée dès le début d'une invasion, avec ensemble et avec la plus sévère exactitude, serait de nature à s'opposer au développement du choléra, surtout si elle était complétée par la surveillance des visites médicales journalières.

Les fâcheux effets des passions déprimantes, de la peur, surtout, étant connus, on relèvera par tous les moyens possibles l'esprit de la population, en faisant valoir la confiance que doit inspirer l'efficacité des mesures prises. — A ce propos on a soulevé la question de savoir si dans une invasion épidémique il est préférable de cacher le danger, de diminuer le chiffre réel des attaques et des décès, etc., ou d'avouer franchement l'imminence, ou l'étendue, quelle qu'elle soit, des ravages de la maladie. La Commission se prononce pour la véracité complète: ce système prévient l'abandon des précautions de la part des individus, et il prévient aussi l'exagération à laquelle le public n'est que trop enclin. Le système contraire ne produit le plus souvent que des effets diamétralement opposés à ceux qu'on en attendait. D'ailleurs, les tableaux et les pièces officielles restent, ils sont consultés par la suite, et il faut tâcher de ne pas fournir de données fausses, et de chiffres inexacts, à l'histoire et à la statistique des épidémies. Cette histoire détaillée est un document important; c'est encore un devoir de l'Administration de la faire écrire consciencieusement, car on en tire toujours des enseignements utiles pour les épidémies présentes ou futures.

Par la publication officielle de l'exacte vérité, et par l'emploi des mesures les plus rationnelles et les plus efficaces, les habitants d'une ville infectée seront beaucoup plus rassurés que par le système de

déguisement de ce qui se passe réellement. Pleins de confiance, ils prêteront alors leur concours empressé à l'Administration, et les proclamations et les dispositions de celle-ci jouiront de toute l'autorité dont elles ont besoin dans les circonstances graves d'une épidémie.

Les visites médicales générales, que nous avons tant recommandées, préviendraient un grand nombre de cas de choléra, et elles permettraient aussi de soigner à domicile la plupart des malades, même les plus pauvres C'est pourquoi, si les visites préventives générales, ou dans toutes les maisons, ont été omises, on ne doit nullement se dispenser des visites immédiates dans les maisons envahies. C'est alors que les soins médicaux, les soins hygiéniques, l'isolement et la désinfection, peuvent avoir un meilleur succès.

Mais en même temps il faudra se préoccuper de l'assistance hospitalière, qui est un mode d'assistance dont on ne peut pas se dispenser.

L'hygiène des *hôpitaux* est assez connue pour nous permettre de passer sous silence les conditions générales relatives à l'emplacement, à la distribution, au régime intérieur, etc., de ces établissements. Il nous suffira d'appeler l'attention sur les points les plus saillants qui concernent les hôpitaux pour les cholériques.

Il serait désirable que chaque grande ville eût un hôpital permanent spécial pour les maladies épidémiques; cet hôpital devrait être situé hors de la ville, et recevrait les premiers malades d'une épidémie quelconque, par exemple du choléra, qu'on est trop souvent aujourd'hui contraint d'admettre dans les hôpitaux ordinaires sans avoir eu le temps de les évacuer préalablement des malades. En général il serait préférable d'envoyer les cholériques, dont l'état ne défend pas encore un transport au loin, à des hôpitaux situés hors des centres de la population; mais pour des malades qui demandent le secours le plus prompt on aura soin d'établir, dès l'imminence d'une invasion de choléra, de petits hôpitaux improvisés dans le sein même de la ville ou dans des maisons louées (et alors les maisons adjacentes devraient être évacuées), ou dans des baraques construites dans ce but sur les grandes places.— Il va sans dire que lorsqu'à défaut d'hôpitaux spéciaux, les cholériques doivent être admis dans les hôpitaux ordinaires (ce qu'il serait convenable d'éviter à tout prix, vu la transmissibilité de la maladie), il faut les tenir du moins dans des salles séparées et isolées.— Le transport des malades se fera dans des véhicules destinés exclusivement à ce service, et stationnant dans les places et les carrefours principaux.

Les latrines communes seront supprimées dans ces hôpitaux; les déjections seront déposées dans des vases spéciaux, désinfectées sur place, et emportées deux fois par jour dans des tonneaux ou des caisses bien fermées, pour être éloignées et enfouies dans des fosses, et recouvertes de chaux vive.

Le linge sale de l'hôpital doit être immédiatement immergé dans de l'eau contenant des substances désinfectantes. Quant aux objets de literie, les paillassons sont préférables aux matelas, et la paille doit être brûlée après avoir servi à chaque malade.

Il est non moins indispensable de désinfecter immédiatement le linge et les vêtements qu'apportent avec eux les malades admis dans l'hôpital. Si les ressources abondent, il serait préférable de brûler tous les effets des malades reçus: cette mesure devra s'appliquer, du moins, aux vêtements des décédés.

Quant aux garde-malades, la Commission recommande de les choisir, s'il est possible, parmi les individus qui ont déjà subi le choléra, et surtout de les avoir en assez grand nombre pour pouvoir les relever souvent, leur donner des heures de repos (qu'il leur serait plus convenable de passer hors de l'hôpital), et leur ordonner la propreté la plus rigoureuse.

Nous recommandons particulièrement de ne point oublier les familles des cholériques, lorsqu'il conviendra de fermer d'urgence une maison envahie, de la désinfecter, de donner d'abondants secours et de l'abri aux femmes, aux orphelins, aux invalides : pour répondre à ces besoins de la charité et de la salubrité publiques, on ne pourrait trop insister sur l'avantage de l'institution d'orphelinats et de *maisons de refuge* temporaires pendant l'épidémie.

Comme corollaire de ces considérations nous établissons que:

Une sage organisation de l'assistance publique,—les visites préventives générales, ou, à leur défaut, les visites médicales dans les maisons envahies,—les secours immédiats aux attaqués,— la publication des Instructions populaires, — l'encouragement qui naît de la confiance dans la promptitude et l'étendue des secours, et de la publication de l'état véritable de l'épidémie, — ainsi que l'installation d'hôpitaux spéciaux, et de maisons de refuge temporaire pour abriter les familles des malades pauvres, sont des mesures hygiéniques et administratives très efficaces pour entraver la propagation du choléra, et pour en diminuer les ravages, dans les localités envahies.

—

La transmissibilité du choléra posée en principe, la loi de propagation qui en découle est évidente; la Conférence l'a déjà proclamée: *le choléra se propage partout en raison de la facilité et de la multiplicité des communications.* En partant de cette loi, l'hygiène du choléra a étudié les moyens généraux de diminuer autant que possible, à l'approche et durant une épidémie, la densité des populations et la multiplicité des rapports individuels qui en sont la conséquence, afin de s'opposer efficacement soit à la diffusion du fléau dans l'intérieur d'une ville déjà envahie, soit à la propagation de la maladie aux localités encore indemnes. De là proviennent les avantages que, sous ce point de vue, on peut tirer de l'*émigration*, de la *dissémination* et du *déplacement*.

L'*interruption* temporaire de toute communication avec les pays, les localités ou les personnes envahies par le choléra, est la mesure prophylactique la plus sûre, la plus simple et la première suggérée par l'instinct même de la préservation. Mais cette mesure n'est pas facile à exécuter; elle peut bien s'appliquer à une île, à une contrée péninsulaire pas trop étendue, à une localité restreinte, à un quartier, à un édifice déterminé; mais elle devient impraticable dès qu'il s'agit de la généraliser. Les difficultés de maintenir cette séquestration aussi absolue qu'il serait nécessaire, et les inconvénients économiques qui résulteraient de cette interruption absolue de communications, sont trop graves pour pouvoir l'établir toujours avec avantage. C'est pourquoi cette mesure radicale et décisive a dû se modifier sous la forme et le nom de *quarantaine*. Nous la recommandons pourtant dans tous les cas où elle pourrait se faire.

Dès que l'isolement absolu des vastes foyers cholériques est devenu impossible, il faut s'attendre à une diffusion plus ou moins redoutable du germe de la maladie. Or, cette diffusion s'opère par les voyageurs et les fuyards, ainsi que par toute sorte de provenances des lieux infectés.

Parmi les agents qui disséminent le choléra asiatique, il faut compter tout d'abord les grandes agglomérations mobiles ou qui peuvent facilement se déplacer, telles que les caravanes, les armées, etc., parties d'un pays infecté, ou déjà infectées elles mêmes.

Le déplacement de ces agglomérations est d'ordinaire un bienfait pour les individus dont elles se composent, mais il est un danger pour les pays qu'elles traversent ou pour les localités où elles s'arrêtent.

L'étude de la question des *pèlerinages* étant confiée à une Commission spéciale, nous n'avons rien à ajouter ici sur les *caravanes* et les réunions des pèlerins.

Quant aux *corps de troupes* en mouvement, l'on sait trop bien qu'ils ont été souvent les agents les plus actifs de la propagation du choléra : voilà pourquoi on devra s'abstenir, autant que possible, de faire marcher des troupes, de relever des garnisons, etc., pendant une épidémie On sait, du reste, combien il est dangereux, pendant une épidémie, d'opérer la jonction de différents corps d'armée, d'incorporer des recrues, etc.

Les agglomérations spéciales connues sous le nom de *foires* ont contribué plus d'une fois à la diffusion rapide du choléra. La suspension des grandes foires pendant l'épidémie sera donc tout naturellement une excellente mesure préventive contre sa propagation; cette mesure, d'ailleurs, n'est que trop justifiée par les exemples qui ont été produits dans le Rapport de votre Commission générale à propos de l'influence que les grandes agglomérations d'hommes infectées exercent sur le développement et la propagation du choléra.

Jusqu'ici nous avons considéré la *dissémination* comme la dispersion des semences ou des germes du choléra par les grandes agglomérations mobiles; à présent il faut l'envisager sous le point de vue de l'éparpillement de toute sorte d'agglomérations d'hommes. La *dissémination*, dans le premier sens, est un mal pour les lieux encore indemnes, mais prise dans sa seconde acception, et par rapport aux agglomérations envahies ou menacées de l'être, elle peut devenir une grande mesure de prophylaxie. Cette mesure, du reste, n'est qu'une seconde dérivation de la loi de propagation déjà admise : plus l'agglomération, ou la localité, où le choléra apparaît, possède une population dense, plus les communications et les relations y sont multipliées, plus aussi la diffusion et l'extension de la maladie y sont rapides. C'est donc de la dernière évidence que tout ce qui tend à raréfier la population et à diminuer le nombre des relations, aura pour effet d'enrayer la propagation du choléra et de préserver un grand nombre d'individus.

Ainsi, les agglomérations mobiles ne retirent que des avantages du *déplacement* bien ordonné, qui améliore d'abord leurs conditions hygiéniques, et de la *dissémination* méthodique, qui diminue en outre les chances de transmission.

Ce déplacement et cette dissémination semblent avoir eu une influen-

ce très favorable en temps d'épidémie sur l'état sanitaire des corps de troupes dans lesquels ces mesures ont été appliquées; et c'est dans les stations militaires des Indes que l'on en trouve les exemples les plus remarquables : mais c'est aussi dans les Indes que l'on trouve le modèle de l'application de ces mesures (*).

Pour ce qui est des lieux habités ou des agglomérations fixes, la dissémination commence par l'*émigration* libre. L'éloignement est le moyen de prophylaxie qui se présente le premier à l'esprit des individus. Dans les grandes villes, à population condensée, on peut bien encourager l'émigration des personnes inutiles ou dégagées par état, des vieillards et des enfants.

Cette émigration doit commencer dès que l'épidémie menace d'envahir la localité : lorsque le choléra a déjà éclaté, et surtout lorsqu'il sévit, l'émigration perd la plus grande partie de son efficacité, devient dangereuse pour les lieux d'asile des fuyards, et dans ce cas l'Autorité devrait même signaler tous les dangers d'une telle émigration.

Une émigration tardive, en effet, tout en étant souvent stérile pour les fuyards, pourrait compromettre la santé de quelques lieux encore indemnes, et augmenter la terreur dans l'enceinte de la ville éprouvée.

(*) Outre les mesures d'isolement et de désinfection, outre l'établissement d'hôpitaux séparés et de latrines spéciales, etc , le déplacement et la dissémination sont de règle, en temps de choléra, pour les troupes des Indes. — Voici les dispositions officielles principales sur ce sujet.

1° Dans un rayon de 20 milles autour des stations militaires on doit choisir d'avance toutes les localités convenables pour un campement de troupes en temps de choléra. Ces localités doivent être éloignées des grandes routes, des campements ordinaires et de 8 à 10 kilomètres des stations militaires : l'emplacement doit être élevé, et présenter des facilités pour le drainage.

2° Si le choléra se montre parmi les soldats, et si le médecin en chef de la station déclare qu'il y a lieu de craindre qu'il devienne épidémique (c'est-à-dire si deux ou plus de cas, par exemple, arrivent dans le courant d'une semaine après la déclaration du premier cas), les troupes doivent partir sans égard aux conditions de temps ou de saison. Les autorités locales déterminent le degré de la dissémination, c'est-à-dire si tout le corps ou seulement sa partie atteinte doit être déplacée, ou disséminée, avec interruption des communications entre cette partie et le reste des troupes.

3° Le corps de troupes à déloger sera divisé en autant de détachements qu'il y aura de médecins, que l'on fait venir, au besoin, des stations voisines.

4° Le campement se fait sous des tentes qui, en temps de choléra, ne doivent abriter que la moitié des hommes auxquels elles sont destinées en temps ordinaire, et qui seront pourvues de couchettes dans la saison des pluies. Les mêmes réglements sont appliqués aux femmes et aux enfants des soldats.

5° Si le choléra continue parmi les troupes, on changera le campement, au besoin, tous les deux ou trois jours, sans fatiguer les soldats et en les faisant marcher autant que possible sous l'angle droit dans la direction du vent dominant.

6° Le retour des troupes aux stations ne se fera qu'après la complète disparition de la maladie depuis au moins 10 jours dans ces stations, et après une désinfection radicale des casernes, hôpitaux et autres habitations.

L'Administration, de son côté, favorisera l'effet de l'émigration en diminuant l'encombrement malheureusement trop commun dans plusieurs des asiles et des établissements publics. Faire évacuer, par exemple, un hospice placé dans de mauvaises conditions hygiéniques, en faisant passer les asilés dans une autre ville ou endroit, ou en les distribuant entre différents établissements, suspendre temporairement les admissions dans un hôpital trop plein, éclaircir la population d'un bagne d'une prison encombrée, etc., etc., sont des mesures qui, tout en assurant la vie des émigrants, servent à améliorer les conditions de ceux qui restent.

Ajoutons que de même qu'il faut émigrer le plus tôt possible, il convient de ne revenir qu'au plus tard: sans cette précaution, nécessitée par la possibilité d'une attaque quelques jours encore après l'extinction de l'épidémie, on court grand risque de rendre nuls tous les avantages d'une émigration opportune.

L'émigration est une espèce de dissémination au loin, et d'ordinaire antérieure à l'invasion de la maladie; mais il y a une autre *dissémination* qui consiste à disperser la population dans l'enceinte de la localité, déjà envahie, ou dans ses environs. Cette dissémination est le complément, ou une mesure auxiliaire, de l'émigration. Lorsque, nonobstant l'émigration, la densité de la population reste encore considérable, il sera urgent d'y porter remède par la dissémination de la masse des habitants dans tout l'espace dont on peut disposer, sans aucun danger, bien entendu, pour les localités voisines.

Si cette dissémination n'a pas été faite d'avance, elle devra avoir lieu immédiatement après l'émigration, ou simultanément, et s'appliquer aux hospices, aux prisons, aux casernes, aux collèges, pensionnats, hôtels garnis, maisons des pauvres, dortoirs publics, partout où il y a un entassement quelconque. L'encombrement dans les temps de choléra est cent fois plus dangereux que dans les conditions ordinaires.

Quant au mode d'application et aux détails d'exécution, tout est subordonné aux conditions topographiques de la ville (nombre et capacité d'édifices disponibles ou de maisons vides, places, promenades, champs de manœuvres, etc.), aux ressources locales, et un peu aussi à la saison de l'année et aux circonstances atmosphériques.

Lorsque dans le voisinage d'une ville infectée il existe un emplacement assez vaste avec les conditions voulues d'élévation, d'exposition, de facile approvisionnement de l'eau, etc., on y a pu installer, avec

quelque succès, des *campements*. Ces campements, formés ordinairement de maisons en bois, de baraques, ou de tentes, reçoivent le trop plein de la population urbaine. Ils peuvent rendre de véritables services, mais à condition que la police hygiénique et sanitaire de ces villes improvisées soit complète et sévère, sans quoi on n'aboutirait qu'à créer de nouveaux encombrements non moins dangereux que ceux que l'on veut disperser. Ainsi, largeur des rues, ample ventilation, drainage facile, propreté exquise, latrines éloignées et désinfectées, visites générales préventives, isolement ou mode des communications réglé; voilà les besoins principaux auxquels il faut satisfaire.

La *dissémination* est aussi applicable aux malades, et aux quarantenaires, moyennant la construction d'hôpitaux et de lazarets sous la forme de campements. On ne saurait croire combien la dissémination des cholériques, par exemple, leur isolement, leur traitement à l'air libre, la séparation des convalescents, etc, contribuent à abréger la durée des épidémies et à obtenir des guérisons; mais toujours à condition d'observer rigoureusement les préceptes fondamentaux que nous avons mentionnés.

De tout ce qui vient d'être exposé nous tirons cette conclusion:

L'interruption temporaire des communications avec les lieux infectés, pourvu qu'elle puisse être absolue, est le préservatif le plus sûr contre la transmission du choléra.

Le déplacement opportun, et la dissémination méthodique, des ag-glomérations mobiles (caravanes, corps de troupes, etc.) *sont des mesures hygiéniques très efficaces pour prévenir le choléra d'éclater parmi elles, ainsi que pour en arrêter l'extension, ou en adoucir la violence.*

L'émigration opportune et la dissémination bien réglée peuvent donner lieu aux mêmes résultats favorables dans les agglomérations fixes (localités, établissements publics).

VI

Il nous reste à traiter de la *désinfection*, mot que nous avons employé et moyen que nous avons souvent conseillé dans le cours de ce

Rapport. Il faut en effet, détruire l'infection lorsqu'on n'a pu l'empêcher de se former.

Dans les cas de simple infection, d'infection par des principes connus, il est facile de la faire cesser, d'abord en employant les mêmes moyens hygiéniques qui la préviennent, et ensuite par l'emploi de divers moyens actifs de destruction directe.

Dans les cas d'infection cholérique, la facilité n'est plus la même, car le principe infectant nous est aussi inconnu que le reste des germes spécifiques. Mais l'expérience nous ayant appris que l'air est son principal véhicule, qu'il n'agit qu'à des distances assez rapprochées des foyers d'émission, et qu'il adhère souvent à certains objets matériels, nous pouvons essayer de le détruire, de le neutraliser, de le chasser, par divers moyens. Le choix de ces moyens est aussi l'œuvre d'une expérience poursuivie avec ardeur, et dont les résultats sont loin d'être décourageants. Malgré les diverses théories, nous ne savons pas toujours bien au juste ce qui se passe dans nos procédés de désinfection, mais nous obtenons des effets qui nous portent à croire que nous avons détruit le miasme cholérique, ou émoussé son action délétère. C'est ainsi que dans ces procédés nous trouvons des puissants auxiliaires pour diminuer d'abord la réceptivité d'une localité ménacée par le choléra, pour détruire le germe de la maladie déjà importé, pour limiter enfin l'extension d'une épidémie.

La nature d'un simple Rapport ne permet pas de descendre à des détails, mais, dans cette matière, il y a quelques détails qui sont trop essentiels pour se dispenser de les donner : aussi avons-nous tâché de remplir ces deux indications moyennant un traité sommaire spécial, rédigé par un des membres de la Commission (M. le Dr Mühlig), et annexé comme Appendice à ce Rapport.

Ainsi nous pouvons nous borner à rappeler l'importance suprême de la désinfection *immédiate* en temps de choléra. Désinfecter énergiquement les premiers foyers c'est entraver le développement d'une épidémie, c'est, quelquefois, l'étouffer dès son début.

Oui, et c'est notre réponse à la question s'il est possible d'éteindre les premiers foyers d'importation; l'expérience nous apprend que cette possibilité existe, pourvu que ces foyers soient encore très peu nombreux et que leur isolement complet vienne en aide aux mesures de désinfection. Quant à ces dernières, pour être méthodiques, elles doivent commencer, autant que cela peut se faire, par les sources d'émission

du principe cholérique, c'est-à-dire par les déjections, le linge, etc., du cholérique ; viendra ensuite la chambre qu'il a habitée, avec tout ce qu'elle renferme, et enfin toute la maison.

Nous admettons donc que :

La désinfection appliquée au choléra d'après une méthode rationnelle, et avec persévérance, s'offre comme un puissant auxiliaire :

1° *Pour diminuer la réceptivité d'une localité menacée par le choléra;*

2° *Pour détruire le germe de la maladie importé dans une localité; et*

3° *Pour limiter, dans certaines circonstances favorables, l'extension de l'épidémie.*

Nous venons de passer en revue toute la série des mesures de l'ordre hygiénique qui peuvent être opposées à la production, à l'importation et à la propagation du choléra asiatique. Elles sont pour la plupart générales, car il n'y a pas une hygiène tout à fait exclusive pour le choléra, mais toujours est-il qu'elles réussissent à le restreindre et à l'atténuer, double avantage évidemment constaté dans toutes les invasions cholériques survenues en Europe, ainsi que dans les lieux mêmes où le choléra a ses foyers permanents. Voilà pourquoi nous les avons recommandées; c'est qu'elles constituent une partie très importante de la prophylaxie du choléra; c'est que, comme la Conférence l'a déjà sanctionné, et nous aimons à le répéter, les mesures d'hygiène sont le complément *nécessaire* des mesures de quarantaine.

Galata-Seraï, le 6 août 1866.

A. M. Segovia, *président.*— Dr Gomès.— Dr Goodeve. — Keun — Dr Lenz, *secrétaire.* — Malcom-Khan. — Dr Millingen. — Dr Mühlig (sous réserve) —Dr Spadaro. — Vetsera. — Dr Monlau, *rapporteur.*

Corrigenda.

Page.	*Ligne.*	*Au lieu de*	*Lisez*
2	30	ses	ces
3	13	a droit	est en droit
4	24	reviendra	reviendront
10	13	LEITHZ	LEITH
11	27	carbonique	carbolique
15	2	le	les
16	30	derrait	devrait
30	36	y versées	qui y sont versées.
31	21	D'ici	De là

APPENDICE

Au rapport de la commission des mesures hygiéniques.

LA DÉSINFECTION APPLIQUÉE AU CHOLÉRA

Travail revu et approuvé par la Commission.

(par le Dr. Mühlig).

Parmi les mesures prophylactiques recommandées contre le choléra la désinfection a toujours occupé une place importante, depuis surtout que l'opinion a prévalu, à tort ou à raison, que les mesures quarantenaires sont impuissantes à prévenir la propagation de la maladie ; on a donc pensé que la désinfection, appliquée méthodiquement et à temps, non seulement pourrait remplacer avantageusement toute mesure quarantenaire, mais que c'est là le vrai et unique moyen à opposer à la propagation de la maladie. On voit par là, de quelle importance il est de bien examiner cette question ; car si nous possédions en effet un moyen sûr à opposer à l'action morbifique du germe cholérique, notre tâche serait singulièrement simplifiée et la rigueur des mesures quarantenaires pourrait être grandement mitigée ; mais si nous allions trouver tout au contraire, par un examen approfondi de la question, que les prétendus moyens de désinfection ne sont qu'illusoires, qu'elles n'offrent aucune sécurité, n'arriverions-nous pas tout naturellement à conclure qu'il faudra chercher

ailleurs, par exemple dans une rigueur redoublée des quarantaines, les garanties contre la propagation du choléra ?

2° Quel est le but de la désinfection en général?

On comprend la désinfection de deux manières : dans un cas on se propose de détruire certaines substances organiques, considérées comme nuisibles à la santé, et dont la nature est plus ou moins connue d'avance ; dans l'autre cas, on cherche également à détruire, d'une manière directe ou indirecte, les germes morbifiques, inconnus quant à leur véritable nature et ne trahissant leur existence que par les effets qu'ils produisent sur les organismes vivants. Or, dans le premier cas comme nous connaissons plus ou moins bien les éléments sur lesquels nous nous proposons d'agir, nous pouvons faire le choix de nos moyens d'action avec précision et avec sécurité ; ainsi supposons, par exemple, que l'air confiné dans une chambre soit chargé d'émanations ammoniacales ; dans ce cas la chimie nous offre plusieurs moyens capables de neutraliser les vapeurs ammoniacales, par exemple le chlore, l'acide nitreux, etc. et en effet l'expérience confirme leur effet désinfectant. Mais il n'en est pas de même dans le second cas, car ici nous opérons contre des éléments dont jusqu'à l'existence est une hypothèse, et nos moyens d'action partagent conséquemment toute l'incertitude qui règne encore sur la nature des germes morbifiques ; on a admis ainsi que le chlore détruit les contagions, mais rien ne nous en donne la certitude ; les contagions ne trahissent pas leur présence par une odeur particulière, comme les émanations organiques dont nous venons de parler, et par conséquent nous ne pouvons pas les contrôler par l'odorat ; il est vrai que l'on cite des exemples où des maladies pestilentielles, par exemple le typhus des prisons, ont cessé de sévir à la suite d'un usage persévérant des vapeurs du chlore ; mais l'expérience journalière ne prouve-t-elle pas, en opposition directe avec ces exemples où la coïncidence a joué peut-être le principal rôle, que des maladies contagieuses telles que le typhus, la scarlatine, la gangrène nosocomiale, la fièvre puerpérale, etc. continuent leurs ravages dans des masses agglomérées, dans les hôpitaux par exemple, malgré l'usage méthodique du chlore ou de toute autre désinfectant ? Il y a néanmoins certains cas où, selon les enseignements de l'expérience, nous pouvons espérer d'atteindre les germes morbifiques directement, soit que nous en connaissions le véhicule ou le receptacle ordinaires, pourvu pourtant que ce ne soit pas l'air atmosphérique, soit que le lieu de leur germination dans l'organisme soit constaté et accessible à certains moyens sans qu'il résulte de l'application de ces moyens un inconvénient essentiel pour ce dernier ; comme exemple de la première catégorie nous citerons les selles des cholériques ; comme exemple de la seconde la gangrène nosocomiale ; ainsi dans les cas de gangrène nosocomiale nous savons par l'expérience que certaines substances, surtout des préparations chimiques corrosives, appliquées sur les parties du corps atteintes par la gangrène tranforment assez sûrement la nature des plaies en détruisant probablement en même temps que les tissus aussi les germes morbifiques, et il serait permis d'admettre alors par analogie la probabilité d'un semblable résultat dans d'autres cas aussi, où les enseignements de l'expérience ne sont pas encore assez concluants, par exemple, dans le cas des selles cholériques. Mais à part ces moyens plus directs, on admet encore un autre mode d'action sur les germes morbifiques, par voie indirecte ; on a cherché d'un côté à rompre l'action morbifique de ces germes en favorisant

leur volatilisation, de l'autre à compromettre leur vitalité en leur soustrayant les matières organiques que l'on considère, avec plus ou moins de raison, comme le milieu indispensable pour leur existence et pour leur développement ; en effet, les émanations ammoniacales jouent un grand rôle dans bon nombre de maladies contagieuses, ainsi il est connu combien elles favorisent le développement du typhus, de la fièvre typhoïde, du choléra, etc. ; quant à ce dernier surtout, M. Pettenkofer pense qu'en s'attaquant à ces émanations, dans leur source même, on parviendrait très probablement à rendre le germe cholérique tout à fait inoffensif. Mais, hâtons-nous d'ajouter que les faits fournis par l'expérience ne sont pas encore assez nombreux pour que nous puissions dès à présent nous prononcer sur la valeur de cette hypothèse.

Que l'on se serve de la désinfection comme d'un simple moyen purificateur contre des émanations dont la nature est plus ou moins connue, ou bien comme d'un vrai moyen anticontagieux, on arrive à cette fin par deux voies différentes : ou l'on tâche de prévenir la formation et le dégagement de la matière insalubre et nuisible en détruisant la source qui la fournit ; tel est par exemple le cas quand nous attaquons la gangrène nosocomiale par des caustiques ou les autres moyens réputés *antiseptiques*, ou nous nous appliquons à l'atteindre après son dégagement et sa diffusion dans un milieu ; souvent les moyens mis en pratique sont sensés agir de ces deux manières à la fois. Nous pouvons avancer pourtant dès à présent que le premier de ces procédés présente infiniment plus de garanties d'efficacité que le second.

Avant d'examiner les divers moyens de désinfection appliqués au choléra, il conviendra peut-être de considérer d'abord d'une façon générale la question, s'il est prouvé par des faits bien concluants qu'il est possible de prévenir la propagation du choléra par les méthodes de désinfection connues. Malheureusement, il faut avouer que les cas ne sont pas très nombreux où la désinfection ait été mise en pratique d'une façon assez suivie et assez rationnelle pour qu'il soit permis de baser sur eux une conclusion quelconque ; de l'autre côté les quelques cas connus où une désinfection suivie a paru donner des résultats favorables, laissent toujours la porte ouverte à la supposition qu'il ne se soit agi ici d'un de ces exemples d'immunité, que nous devons nous borner à constater sans pouvoir les expliquer. Afin de pouvoir conclure sur cette question d'une façon définitive, il faudrait que nous possédions un nombre assez considérable des faits où la même méthode de désinfection ayant été appliquée dans les mêmes conditions et par des personnes compétentes, le résultat ait été toujours le même ; mais ces faits n'existent pas, et de ceux qui existent nous ne pouvons tirer que des conclusions plus ou moins probables, qui cependant ne sont pas défavorables à la pratique de la désinfection ; il paraîtrait ainsi que l'expérience vient plutôt à l'appui de la conclusion à laquelle nous arrivons déjà *a priori* par des considérations théoriques. Avant de citer maintenant quelques-uns de ces faits, nous devons encore observer que les moyens de désinfection ont été appliqués tantôt avant la manifestation du choléra dans une localité exposée à la contamination, c'est-à-dire, comme vrais moyens préventifs, tantôt après son importation dans le but d'en arrêter la propagation.

Comme un fait très concluant a été souvent cité celui de deux prisons de Munich. Le

choléra fut importé dans la prison de Kaisheim par un prisonnier qui y mourut; les conditions hygiéniques de cette prison étaient on ne peut plus mauvaises, mais les selles de tous les prisonniers et des autres habitants de la prison étaient soumises à une désinfection rigoureuse ; or un seul des 500 prisonniers fut atteint; par contre dans la prison d'Ebrach, où aucune mesure de cette nature ne fut prise, de ses 350 prisonniers 15 p.$_0$/^{0} périrent victimes du choléra. Ce fait est rapporté par Pettenkofer (1); le même médecin signale le fait de Traunstein en Bavière, où il fut constaté pendant cette même épidémie (de 1854), que toutes les fois que les évacuations cholériques étaient désinfectées par le sulfate de fer, la maladie se contenta, contrairement à la règle générale, de sa première victime; quantité d'autres exemples analogues ont été constatés dans cette épidémie. Ainsi le Dr A. Wimmer rapporte le résultat de la désinfection qu'il a instituée pendant que le choléra régnait à Landshut; dans 13 maisons des moyens de désinfection ont été employés, savoir dans 9 cas par le sulfate de fer jeté aussi dans les conduits et dans les vases de nuit, et dans 4 cas par le chlorure de chaux; on ne se servit pas pourtant de cette dernière préparation pour désinfecter les lieux d'aisance et les égouts, mais on se borna à l'exposer dans les dortoirs des malades et dans les corridors comme désinfectant de l'air. La durée de l'emploi de ces moyens variait de 2 à 3 semaines avec des intervalles de 8 jours à peu près. Les conclusions du Dr Wimmer sont les suivantes : 1. Les moyens de désinfection n'étaient appliqués dans ces cas qu'après la première manifestation cholérique ou après le premier décès 2. Dans tous les cas où l'on s'était servit du sulfate de fer pour désinfecter les lieux et les fosses d'aisance, aucun nouveau cas ne s'est plus manifesté dès le moment de l'application de ce moyen. 3. Dans les maisons où l'on avait eu recours au chlorure de chaux de la façon mentionnée, de nouveaux cas ont été constatés dans la suite. 4. Enfin dans toutes les maisons où le sulfate de fer avait été employé de la manière indiquée comme prophylactique, c'est-à-dire avant aucune manifestation cholérique, pas une seule attaque de choléra n'a été observée (2). M. W. Budd a fait en Angleterre usage de la désinfection avec les meilleurs résultats. Le 12 octobre 1854 le choléra se manifesta dans la caserne de Horfield, près de Bristol où le choléra régnait, caserne qui contenait de 5 à 600 hommes; le 13 M. Budd fut appelé et constata deux cas de choléra dans la période algide et deux cas d'une forte diarrhée cholérique. Il recommanda immédiatement l'application des mesures suivantes : 1) de recevoir les selles des malades, si possible directement, dans des vases contenant une forte solution de chlorure de zinc; 2) de jeter les linges souillés immédiatement dans de l'eau chargée du même désinfectant et de brûler les matelas et les autres objets contaminés non susceptibles de ce mode de désinfection ; 3) de réserver exclusivement pour les déjections cholériques les lieux d'aisance dans lesquels on avait déjà versé les selles des malades ; 4) de désinfecter tous les autres lieux d'aisance deux fois par jour moyennant les solutions de chlorure de chaux et de chlorure de zinc, employés libéralement ; 5 d'examiner tous les hommes de la caserne deux fois par jour relativement à l'état de leurs fonctions intestinales ; 6) de placer des gardes devant les

(1) Pettenkofer Verbreitungs- Art der Cholera (Article Kloster Ebrach) p. 119.

(2) Haupt-Bericht über die Cholera-Epidemie des Jahres 1854 im Königreiche Bayern.

lieux d'aisance et de traiter comme cholérique tout homme qui s'y serait rendu deux fois de suite dans un court espace de temps ; 7) d'empêcher les hommes de visiter les localités contaminées des environs jusqu'au moment de l'extinction de l'épidémie cholérique. Le résultat de ces mesures a été que les jours suivants 8 à 10 cas de diarrhée intense ayant été découverts et traités convenablement, aucun nouveau cas de choléra confirmé ne s'est plus manifesté dans la caserne. Dans plusieurs autres occasions M. Budd a fait usage de cette méthode de désinfection, toujours avec le même résultat favorable. Selon M. Cornish, il a été constaté dans un des hôpitaux de Madras que, depuis que les selles cholériques y étaient traités par des désinfectants, la maladie ne s'est pas propagée une seule fois dans l'hôpital. Dans le même opuscule de M. Budd où ces cas sont relatés (Memoranda on Asiatic cholera, its mode of spreading and its prevention. 1865), il est question d'un planteur de l'île de St. Vincent, qui par des mesures de désinfection a préservé ses nègres presqu'entièrement des ravages que le choléra faisait dans les possessions environnantes ; aussitôt que le choléra apparut parmi eux, il les fit placer sous des tentes et verser les déjections des malades dans une fosse creusée dans la terre et pourvue d'une grande quantité de chlorure de chaux ; toujours est-il, que dans les terres de ce planteur la manifestation cholérique a été très légère, tandis que les terres environnantes ont été décimées et quelques-unes presque dépeuplées.

Nous allons passer maintenant en revue les divers moyens de désinfection applicables au choléra.

1. *Aération.* L'exposition au grand air des objets contaminés a toujours été considérée à juste titre comme un des moyens de désinfection les plus efficaces ; nous pouvons conclure à son utilité surtout par les résultats funestes observés dans les cas contraires où des effets contaminés ont été soustraits à l'aération et confinés; car l'expérience nous a appris qu'alors ces effets contaminés conservent souvent très long-temps la propriété de propager la maladie, ainsi qu'il a été constaté dans le Rapport général. Mais il est évident que ce moyen qui ne devrait être négligé dans aucun cas, n'est pas partout d'une application facile et radicale ; ainsi rien de plus facile que de purifier des linges en les exposant au grand air, mais aussi rien de plus difficile que d'aérer d'une façon suffisante l'intérieur d'un navire ; de plus, ce moyen n'est pas tout à fait sans danger à moins de l'entourer de certaines précautions, car les personnes qui se trouveraient en dedans d'un certain rayon de l'endroit où les objets à purifier sont exposés, risquent d'être contaminés par le germe cholérique qui s'en dégage. Quant au temps exigé pour une purification complète par l'aération, il dépendra de plusieurs conditions, qui ne pourront pas toujours être indiquées d'avance avec justesse ; ainsi il dépendra de la manière plus ou moins parfaite dont les objets contaminés sont accessibles au grand air, de leur texture et de certaines autres qualités physiques qui font que les germes morbifiques y adhèrent plus ou moins intimement, que l'air y pénètre plus ou moins facilement etc. Nous pensons cependant que, vu la tendance prononcée du germe cholérique à se volatiliser (*voyez* le Rapport général), dans les cas les plus favorables, quelques jours, huit jours au plus, suffiraient pour une purification complète. Il nous reste à ajouter que

l'aération ne nous dispensera jamais de recourrir en même temps aux autres moyens de désinfection là où il sont applicables.

2. *Calorification.* Une température très élevée a été considérée comme un des meilleurs moyens pour détruire les germes morbifiques, et cette opinion est basée surtout sur l'observation que certaines maladies contagieuses, comme la peste, n'ont jamais passé les tropiques; cependant quant au germe cholérique, il ne paraît pas que la température très élevée ait sur lui le même effet destructif, le choléra s'étant manifesté sous toutes les conditions de température et même de préférence avec une température élevée. Or, pour que nous puissions compter sur l'effet désinfectant de la chaleur, il faudrait l'élever à un degré qui détruirait toute matière organique ; il en résulte que la calorification pour être indubitablement efficace doit être une *combustion*; aussi la destruction par le feu des objets contaminés est-elle mise en usage partout où d'autres moyens de désinfection ne sont pas bien applicables. Pourtant il est très probable qu'un degré de chaleur voisin de celui de la combustion, par exemple la chaleur d'un four, peut aussi détruire le germe cholérique ; mais ce n'est jusqu'ici qu'une hypothèse, de façon qu'il ne faudrait jamais trop se fier à ce seul moyen. Le Dr Henry de Manchester pense qu'une température au-dessus de 200 °F. (94° cent.) détruit les germes morbifiques (1).

3. *Immersion dans l'eau.* L'immersion prolongée dans l'eau désinfecte certainement les objets contaminés, pourvu que l'eau soit constamment renouvelée, comme c'est le cas par exemple lorsque ces objets sont immergés dans l'eau courante d'un fleuve ou à la remorque d'un navire ; il ne faut pas perdre de vue pourtant que les objets contaminés ne sont désinfectés par ce moyen qu'au prix de la contamination de l'eau elle-même qui reçoit le germe cholérique sans le détruire, et que dès lors ce moyen peut devenir dans certains cas d'un danger d'autant plus grand que la quantité des objets contaminés est plus forte et que la masse d'eau qui les reçoit est plus petite. Tout le monde sait du reste à quel danger expose les buandiers le simple lavage des linges. Il a été constaté dans le Rapport général que la contamination des eaux d'un fleuve peut devenir funeste de plusieurs manières, que la contamination de l'eau de mer d'un port est dangereuse aux navires y ancrés, etc. Il résulte de tout cela que l'immersion dans l'eau tout en étant un des moyens les plus puissants de désinfection, ne peut être pratiquée que dans certaines conditions et et avec des précautions qu'il sera facile à déduire de ce qui va suivre.

4. *Procédés chimiques.* Des procédés chimiques nombreux et variés ont été recommandés pour la désinfection ; les plus anciens et les plus primitifs sont les fumigations par la combustion de certains végétaux, surtout aromatiques, l'évaporation du vinaigre, l'immersion dans du vinaigre, etc. ; on ne peut pas considérer ces moyens comme des désinfectants efficaces ; les uns ne font le plus souvent que masquer les odeurs infectes, les autres comme le vinaigre agissent principalement par le lavaget et peut-être aussi par l'acide acé-

(1) Le Dr Henri à désinfecté les linges des malades de scarlatine par une température de 212 ° F. (100° cent.;) les habits en laine des pestiférés ont été exposés durant vingt-quatre heures à une chaleur de 144 à 167° F. (62 à 75° cent.) et portés pendant quatorze jours par 56 personnes sans aucune conséquence fâcheuse.(Parkes Manuel of practical Hygiene. 1866, p. 82.

tique ; ainsi on ne peut guère compter sur ces moyens et ils ne pourront rester dans la pratique que comme des adjuvants utiles des méthodes de désinfection.

Parmi les désinfectants chimiques celui qui a joui de la plus grande réputation et qui est devenu d'un usage presque général, c'est le *chlore* dégagé sous forme gazeuse par les divers procédés chimiques connus; on ne s'est pas contenté de le considérer comme un moyen sûr pour faire disparaître d'une façon presque immédiate les émanations putrides des lieux infectes, mais on lui a attribué aussi la vertu de détruire tous les miasmes et les contagions, et d'être ainsi un prophylactique puissant contre la peste, le typhus, la scarlatine, la petite-vérole, etc.; on rapporte même des cas où des épidémies du typhus des prisons auraient été éteintes par les vapeurs du chlore. Cependant les espérances exagérées qui se sont attachées de prime abord à l'usage du chlore, ne se sont pas soutenues du moment que l'expérience de tous les jours a démontré qu'il n'est que d'une utilité très limitée, comparativement aux grands résultats que l'on en espérait pendant cette première période d'engouement. Aujourd'hui, s'il peut être encore incertain s'il a ou non une action quelconque sur les germes morbifiques, il est pourtant très positif qu'il n'y a pas un seul fait concluant qui prouverait que le chlore puisse prévenir la propagation d'une maladie contagieuse quelconque ; quant à son action sur les émanations putrides, elle est mieux assise sur les faits de l'observation, en ce sens que le dégagement du chlore fait disparaître assez sûrement les odeurs infectes dans des espaces confinées en entrant avec ces émanations dans des compositions chimiques inoffensives; ainsi il décompose rapidement l'hydrogène sulfuré, l'ammoniaque, le sulfure d'ammonium, l'hydrogène protophosphoré, etc. ; mais encore ici nous ne pouvons supprimer tout à fait la question si cette vertu désinfectante n'est point quelquefois illusoire, la forte impression que le chlore exerce sur le sens de l'odorat émoussant la sensibilité de ce dernier, en d'autres termes, si nous ne masquons pas tout simplement une odeur par une autre. Il faut encore ajouter à cela, que le chlore est un irritant très intense des voies aériennes et qu'il est par conséquent impossible de charger l'atmosphère des habitations de la quantité voulue d'un gaz qui a de graves inconvénients pour ceux qui le respirent. Les célèbres fumigations Guytoniennes sont tout simplement les fumigations au chlore que l'on obtient en versant sur 3 parties de sel marin et une partie de bioxide de manganèse, 2 parties d'acide sulfurique avec une égale partie d'eau. Les inconvénients indiqués des vapeurs du chlore sont sans doute une des causes de l'usage très limité que l'on en fait aujourd'hui, et c'est le *chlorure de chaux* qui l'a remplacé dans la pratique journalière ; on se sert de cette préparation d'abord dans le même but de purification de l'air, soit en causant un dégagement rapide du gaz chloreux par l'addition de petites quantités d'acide sulfurique ajoutées par intervalles, soit en l'exposant tout simplement dans des vases en terre, ce qui permet un dégagement lent du gaz. Or, quant au chlorure de chaux comme purificateur de l'air, nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons déjà dit précédemment du chlore, sinon que son action sera d'autant plus incertaine que le dégagement du chlore en sera plus faible ; mais ce n'est pas à quoi se borne l'action désinfectante du chlorure de chaux ; il paraîtrait au contraire que la chaux qui entre dans cette composition lui donne sa principale valeur comme désinfectant employé directement sur les objets à désinfecter ; dans ce cas

il est essentiel que ces derniers en soient bien pénétrés, ce qui n'est possible que si l'objet de la désinfection est lui-même liquide ou bien si le chlorure est dilué dans une certaine quantité d'eau. La *liqueur de Labarraque* est une solution d'hypochloride de soude dont on se sert pour asperger les lieux ou les objets à désinfecter.

La *chaux vive* est un désinfectant très utile, car, outre son action chimique sur les matières organiques, elle les lie, les solidifie en même temps et empêche ainsi les émanations de se dégager ; elle absorbe avec avidité l'eau et les vapeurs aqueuses de l'atmosphère avec tout ce qui s'y trouve suspendu, sans se liquifier, et dégage pendant cette opération beaucoup de chaleur ; hâtons-nous pourtant d'ajouter que la chaux a le grand inconvénient de favoriser le dégagement de l'ammoniaque et qu'en général elle retarde seulement le travail de putréfaction sans l'empêcher complétement. La chaux éteinte avec l'eau est d'un usage plus général et dans certains cas elle ne peut être remplacée par aucun autre moyen, comme par exemple pour le badigeonage. Le *poussier du charbon* est un très-bon désinfectant ; il absorbe tous les gaz sans distinction, et en décompose en même temps quelques-uns ; il attire promptement les émanations contenues dans le milieu ambiant ; quand il est encore récent il peut s'en charger, à ce qu'on prétend, de 15 à 20 fois son propre volume, et l'absorption et la décomposition y continuent pendant deux ou trois semaines; nous verrons plus tard que le charbon est un des meilleurs désinfectants des égouts. On a aussi proposé comme très utiles diverses combinaisons de ces deux dernières substances ; ainsi le Dr. Squibb de Brooklyn propose une poudre désinfectante composée de deux parties de chaux vive sur une partie de charbon, bien conservée dans des barils hermétiquement fermés. Le désinfectant de Thompson consiste en 6 parties de charbon sur 2 parties de chaux, avec de la cendre et du sel en moindres proportions. *La terre déssechée,* surtout la terre marneuse et argileuse, agissent d'une manière analogue ; elles détruisent les mauvaises odeurs. La *tourbe* absorbe les composés de l'ammoniaque et constitue ainsi le meilleur désinfectant de l'urine.

Les *acides minéraux*, l'acide nitrique, sulfurique, hydrochlorique sont des désinfectants par leur action antiseptique ; les vapeurs de l'*acide nitreux* que l'on dégage soit en additionnant à l'acide sulfurique du nitrate de potasse, soit en mettant une pièce de cuivre dans de l'acide nitrique avec un peu d'eau, jouissent d'une grande réputation et ont été préconisées non seulement comme des purificateurs de l'air, mais aussi comme de vrais moyens anticontagieux; cependant l'irritation qu'elles produisent sur les voies aériennes en limitent nécessairement l'usage ; du reste elles n'ont justifié qu'en partie la confiance qui leur a été accordée. Ramon da Luna assure que l'acide nitreux a réellement un pouvoir préservatif contre le choléra et que personne de ceux qui ont fait usage des fumigations nitreuses n'a été attaqué à Madrid. Mais ce résultat négatif ne saurait être d'une grande valeur qu'après des expériences faites sur une plus grande échelle. (Parkes, manuel of practical hygiene. 1866. pag. 85.) Les fumigations de Smith sont des fumigations nitriques, obtenues par la voie suivante : Acide sulfurique, eau *ana* 15, mêlez, tenez le mélange sur la cendre chaude et ajoutez peu à peu, nitrate de potasse 15; cette dose peut désinfecter un espace de 120 mètres cubes. Les mêmes observations s'appliquent, à l'*acide sulfureux,* obtenu par la combus-

tion du soufre ; dans les cas où il peut être employé sans inconvénient il est néanmoins un bon moyen à opposer aux émanations putrides et surtout d'une application facile, quoiqu'il ne soit pas bien sûr qu'il détruise les miasmes et les contagions, comme beaucoup de médecins le croient encore.

L'*acide carbolique* ou *phénique* qui forme la base du *coaltar*, et de la *créosote* impure du commerce (1), est un antiseptique qui a été beaucoup employé dans ces derniers temps. On mélange une partie d'acide phénique impur avec 50 ou 100 parties d'eau. Lemair a étudié les propriétés désinfectantes de l'acide phénique : une fosse de 2,21 mètres cubes dans laquelle on avait mis 2 ou 3 millimètres *coaltar*, fut remplie d'excréments solides et liquides; après quelques minutes l'odeur des excréments avait déjà disparu pour ne plus apparaître deux mois après (en été). Un seau pouvant contenir 250 livres d'eau fut enduit intérieurement de *coaltar* et puis rempli d'excréments et enfoui dans du fumier ; 6 mois après, on ne remarquait d'autre odeur que celle du *coaltar*. Lemair propose d'imprégner du son d'une solution d'acide phénique et de le répandre sous les draps de lits des cholériques ; mais il faut en même temps établir une bonne aération. Pendant l'épidémie de 1865, on a fait à Marseille un usage très étendu de l'acide phénique dilué (1 sur 100) pour la désinfection des navires; il paraît receler un mordant sur la partie organique de la fibre végétale qui s'emprègne avec facilité et dont il paraît raffermir la texture ; quant aux navires en fer, il a cet avantage sur le chlore qu'il n'exerce pas sur ce métal la même action destructive. L'acide phénique entre aussi dans la composition du désinfectant de M' Dougall, très estimé en Angleterre ; on mêle les sulfites de chaux et de magnésie avec les produits du goudron, l'acide carbolique ou phénique impur, et l'on obtient ainsi des carbolates de chaux et de magnésie.

Le *permanganate de potasse* est considéré comme un antiseptique puissant et aussi comme un désinfectant efficace, mais il est peu usité à cause de son prix élevé. Pour désinfecter l'air des appartements, les chirurgiens américains faisaient évaporer des morceaux de draps imbibés d'une forte solution de cette préparation; il est très utile pour purifier l'eau des matières organiques en y ajoutant seulement quelques gouttes de la solution jusqu'à ce que la teinte du permanganate y apparaisse ; en secouant, l'eau devient parfaitement limpide et inodore, tandis que les quantités minimes du permanganate ajouté, loin d'avoir des inconvénients, la rendent plutôt tonique.

Le *sulfate de fer* est peut-être parmi les désinfectants chimiques celui qui est employé aujourd'hui le plus souvent contre l'infection cholérique et les résultats obtenus jusqu'à présent lui sont plutôt favorables; dissout dans de l'eau dans la proportion d'un sur huit, il sert comme un désinfectant local en empêchant les émanations des gaz putrides et en rendant ainsi inodores les matières infectes qui sont traitées par cette solution ; ce qui facilite encore son usage général, c'est le prix modéré auquel on l'obtient.

---

(1) Le phénol (acide phénique), découvert par Runge, se produit dans la distillation du goudron de la houille; nous ajouterons qu'on en trouve aussi dans la créosote. Ce que l'on vend dans le commerce sous le nom de créosote n'est souvent que du phénol impur; mais la véritable créosote, extraite du goudron de bois par Reichenbach, a des caractères qui la séparent nettement de ce composé. (Malaguti, leçons élémentaires de chimie. Paris. 1863. pag. 440 et 424).

Le chlorure de zinc est sans aucun doute de beaucoup supérieur au sulfate de fer; une solution concentrée de ce sel versée sur la matière organique à désinfecter, enlève très rapidement toute trace d'odeur infecte et—c'est là précisément où est sa supériorité —il détruit toute matière organique par sa puissante action corrosive ; le seul obstacle à son emploi usuel, est son prix élevé.

Les *huiles essentielles*, surtout celui de la térébenthine et de genièvre, ont été souvent expérimentées comme désinfectants de l'air pendant les dernières épidémies du choléra ; le Rapport bavarois sur l'épidémie de 1854 ne peut signaler aucun avantage réel obtenu par les vapeurs d'huile de térébenthine et de genièvre employées soit dans les habitations privées soit dans les hôpitaux.

Nous avons énuméré jusqu'ici les principaux agents chimiques employés dans le but de la désinfection, mais ce ne sont pas les seuls ; une foule d'autres préparations de zinc, de fer, de plomb, de chaux, de soude, l'acide pyroligneux etc. ont été recommandées, qu'il serait inutile de considérer ici en détail ; il va sans dire que l'hypothèse n'a pas manqué de jouer quelquefois le pincipal rôle dans ces recommandations; ainsi par exemple on a prétendu de désinfecter l'air des appartements en y activant la formation de l'ozone, ce que l'on espère obtenir par l'exposition de morceaux de phosphore plongés en partie dans de l'eau ; personne ne se fiera sans doute à l'efficacité d'une telle méthode de désinfection.

La valeur des divers moyens chimiques que nous venons de passer en revue en partie, n'est pas la même ; ceux qui méritent le plus de confiance parmi eux, appartiennent à la classe des caustiques qui altèrent profondément la matière organique, comme par exemple le chlorure de zinc ; viennent ensuite les préparations ou substances qui neutralisent ou absorbent les émanations putrides, telles que le sulfate de fer, la chaux vive, le chlorure de chaux, le charbon, etc. Quant au chlorure de chaux cependant il paraît que l'on a exagéré un peu son pouvoir désinfectant, en se basant sur sa propriété d'altérer les couleurs très facilement ; or, ceux qui sont dans l'habitude de pratiquer des autopsies cadavériques, ne savent que trop bien que le chlorure de chaux ne parvient à enlever des mains de l'opérateur l'odeur cadavérique que très imparfaitement ; il est vrai qu'il la masque d'abord, mais quand le chlore s'est évaporé elle perce de nouveau très sensiblement. Quant *aux fumigations* de quelque nature qu'elles soient, leur valeur est sans doute la plus contestable ; car d'un côté il est très difficile de faire pénétrer partout les émanations gazeuses, de l'autre l'efficacité de celles-ci n'est rien moins que prouvée.

En général le but principal de la désinfection appliquée au choléra doit être beaucoup moins de purifier l'air contaminé d'un foyer, que de prévenir cette contamination en agissant avec énergie contre les receptacles du germe cholérique ; il est très probable, comme nous l'avons fait observer déjà, que ce but ne dépasse pas nos moyens, mais ce n'est guère par l'application d'un moyen plutôt que d'un autre que nous y arrivons, mais bien par la combinaison intelligente de plusieurs des moyens passés en revue, en d'autres termes, par une méthode de désinfection. Aussi allons-nous nous occuper maintenant des méthodes de désinfection dans leur application pratique.

La désinfection des déjections cholériques. Il paraît aujourd'hui bien démontré, comme le Rapport général l'a constaté, que ce sont les déjections cholériques, peut-être aussi les matières vomies, qui fournissent, seules probablement, le germe cholérique ; on admet en outre comme très probable, que ce ne sont pas les déjections récentes qui dégagent le germe et que le danger ne commence que du moment où un certain degré de décomposition et d'évaporation s'y établit. Il en résulte qu'il sera de la plus haute importance de prévenir à temps la décomposition putride et l'évaporation des déjections et des matières vomies, ce qui peut être obtenu si *nous soumettons ces déjections à l'action de certains moyens chimiques au moment même où elles sont rendues;* aussi les vases destinés à recevoir les déjections doivent-ils déjà contenir la préparation chimique et il suffira alors d'agiter le tout avec une baguette pour qu'aucune partie n'échappe à l'action du désinfectant. La meilleure préparation applicable dans ce cas nous paraît être une forte solution de chlorure de zinc dont le Dr. Budd s'est servi avec un constant succès ; à défaut de cette préparation on se servira d'une solution de sulfate de fer (une partie sur huit parties d'eau), dont l'usage est plus général ; M. Pettenkofer se sert de ce moyen. Le Dr. Squibb en Amérique recommande de mettre dans les vases destinés à recevoir les déjections, du sel et du bioxide de manganèse sur lesquels on verserait de l'acide sulfurique dilué ; il espère obtenir ainsi en même temps la désinfection de l'atmosphère par le dégagement du chlore, et la désinfection des déjections moyennant le résidu du chlore, le sulfate de protoxide de manganèse et le sulfate de soude qui se forment et enfin par l'acide sulfurique en excès ; 200 gr. de ces sels et une demi-once d'acide sulfurique dilué suffiraient pour désinfecter une déjection(1). Nous ne pensons pas que cette méthode vaille les deux autres précitées, et il est évident que le dégagement actif du chlore peut la rendre tout à fait inadmissible, surtout si la fréquence des selles ou la quantité des malades obligent d'y recourir très souvent. Un moyen simple et efficace pour désinfecter les déjections cholériques est de les couvrir *immédiatement après être rendues* avec de la chaux vive, mais elle doit être suffisammcet abondante pour que les parties liquides en soient entièrement absorbées. Nous avons dans l'acide phénique ou le *coaltar* un autre moyen considéré comme très efficace. Il est inutile de dire que, si nous avons la choix entre plusieurs préparations, il faut pourtant n'employer jamais qu'une seule, si non il se produirait des combinaisons chimiques qui neutraliseraient le résultat déjà obtenu, et que les déjections désinfectées d'une façon ou de l'autre ne doivent pas être versées dans des lieux d'aisance qui ne sont pas au préalable complétement désinfectés, car autrement l'action du désinfectant portant sur une plus grande quantité de matières excrémentielles faiblirait de toute nécessité. Observons encore en passant que le mieux sera toujours d'enfouir les déjections cholériques désinfectées, dans des lieux isolés et avec les précautions nécessaires pour éviter la contamination des eaux.

La désinfection des *lieux d'aisance et des égouts* a lieu d'après les mêmes principes, mais l'efficacité en variera selon le système d'égouts en usage, car il n'y a en réalité que le système des fosses mobiles qui permette une désinfection complète ; dans ce cas les fosses

(1) The medical Record, New-York, mai, 1866.

encore vides doivent déjà contenir la préparation à laquelle on aura donné la préférence, par exemple, la solution du chlorure de zinc, du sulfate de fer ou le *coaltar* et on versera la même préparation dans les lieux d'aisance aussi souvent que les circonstances l'exigent ; si l'on veut verser dans les lieux d'aisance des déjections déjà désinfectées, il faut avoir encore soin de se servir toujours de la même préparation désinfectante. Quant au système des fosses d'aisance non mobiles, on se servira de ces mêmes désinfectants qui seront versés dans les lieux d'aisance aussi souvent que possible; mais dans ce cas on ne sera jamais sûr que toutes les matières excrémentielles y présentes aient subi l'altération chimique voulue, et par conséquent il faut tâcher en outre de prévenir le dégagement des émanations putrides qui continuent à se former, par une autre voie, par une mesure supplémentaire, c'est-à-dire en faisant jeter dans les lieux d'aisance du poussier de charbon en abondance. Mais si enfin les lieux d'aisance aboutissent dans un système de canalisation, alors la même méthode de désinfection n'aura plus la même efficacité, car il serait de toute impossibilité d'agir par des préparations chimiques sur une quantité si énorme de matières excrémentielles contenues dans des canaux qui ont une foule de communications entre eux ; ici le meilleur moyen serait de faire décomposer et absorber les émanations qui se dégagent, par de grandes quantités de poussier de charbon et de chaux vive jetées très fréquemment dans les lieux d'aisance. C'est ici encore que le *coaltar* trouverait peut-être une application utile.

On a pratiqué la désinfection des lieux d'aisance et des égouts non seulement quand le choléra régnait déjà dans une localité, mais encore avant qu'il n'y eût fait son apparition, comme mesure prophylactique, et il y a déjà quelques faits qui militent fortement en faveur de ce mode d'agir. On commencera donc la désinfection des lieux d'aisance et des égouts d'une localité aussitôt qu'elle sera ménacée d'une invasion cholérique, et on la continuera ensuite après la manifestation du choléra; seulement il serait oiseux de s'attendre à un résultat favorable, si la désinfection n'était pas pratiquée sur une très large échelle, en un mot elle doit être générale. Pour cette raison il serait très important que les autorités instruisent la population sur l'utilité et l'application pratique des mesures de désinfection et qu'elles fournissent *gratis* à la classe indigente les agents nécesaires.

La désinfection *de l'eau potable* est d'autant plus nécessaire pendant une épidémie cholérique ou quand une invasion ménace, que cette eau n'est pas de première qualité ; le meilleur moyen de désinfection est la filtration par les appareils de charbon végétal. On recommande aussi comme un excellent désinfectant de l'eau une solution de permanganate de potasse, dont il suffit d'ajouter seulement quelques gouttes pour en obtenir une désinfection complète. Enfin on désinfecte encore l'eau par la simple ébullition, mais ce moyen ne nous paraît pas toujous suffisant.

Désinfection des habitations. Selon que l'on voudra appliquer la désinfection soit comme simple mesure prophylactique, soit pour détruire un foyer cholérique déjà existant, on aura recours à des mesures plus ou moins étendues, plus ou moins sévères. Dans le premier cas les mesures d'aération ordinaires, une désinfection suivie des lieux d'aisance et, comme simple adjuvant, le chlorure de chaux contenu dans de petits vases en terre plats et exposé

dans les appartements, suffiront pour y entretenir la salubrité de l'air ; mais s'il s'agit d'une habitation contaminée par le choléra, tout en recourant au même ordre de moyens, nous tâcherons d'en augmenter l'efficacité par une application plus radicale ; ainsi, afin que l'aération soit plus complète, on ne se bornera pas seulement à tenir ouvertes les fenêtres et les portes pendant plusieurs jours de suite et presque continuellement, mais on tâchera encore d'établir des courants en élevant la température de l'intérieur moyennant des poêles allumés ou de brasiers de charbon placés dans les pièces ; la désinfection des lieux d'aisance doit se faire avec plus de persévérance encore ; on aspergera et on lavera ensuite tout l'intérieur de la maison, les murs, les plafonds et les planchers avec une solution de chlorure de chaux ou d'acide phénique ; après cela, on fera des fumigations soit selon la prescription de Guyton, soit plus simplement par la combustion du soufre, en ayant soin de faire pénétrer les vapeurs partout, ce qui s'obtient le plus facilement si l'on fait faire cette opération dans les caves ou du moins aux étages inférieurs en tenant portes et fenêtres fermées. Après avoir appliqué ces moyens alternativement et pendant plusieurs jours de suite, on complétera enfin la désinfection en faisant badigeonner les murs avec de la chaux et en faisant laver les plafonds et les planchers à grande eau. Nous pensons qu'en moyenne il ne faudra pas moins de huit jours pour une désinfection complète d'une habitation contaminée par le choléra, car il ne faut jamais oublier qu'il nous manque toute certitude relativement à l'action directe de nos moyens vis-à-vis du germe cholérique et que le principal rôle sera toujours échu à l'*aération prolongée*. Il va sans dire que de vastes bâtiments, par exemple des casernes, sont plus difficiles à désinfecter que les habitations particulières et qu'il faut chaque fois adopter les mesures aux particularités du cas.

Désinfection des effets, des hardes et des marchandises. La propagation du choléra par des effets à usage contaminés étant un fait constaté par l'observation, la désinfection de ces effets, réclame des soins tout particuliers. *Les linges et la literie contaminés* ne doivent point être délivrés aux buandiers et aux blanchisseuses avant d'avoir subi une opération de désinfection ; dans ce but il convient de les faire plonger immédiatement dans de l'eau chargée de chlorure de chaux, ou de hypochloride de soude qui est sensé de ne pas détériorer le linge au même degré, et de les y laisser pendant 24 heures au moins, après quoi on les livrera à la lessive pour laquelle on se servira, comme à l'ordinaire, du carbonate de potasse et du savon, et on les sèchera au grand air en les laissant exposés au delà du temps strictement nécessaire pour leur complète dessiccation; pour être plus sûr, on peut compléter ce procédé par l'ébullition. L'expérience faite l'an passé dans l'hôpital de la Marine Impériale à Constantinople paraît militer en faveur de cette méthode ; dès les premiers jours de l'importation du choléra dans cet hôpital, un buandier en fut atteint et mourut ; on eut alors recours à l'usage du chlorure de chaux de la manière indiquée et dès ce moment aucun des buandiers ne fut plus atteint par la maladie. M.W. Budd se sert dans le même but d'une solution de chlorure de zinc. Mais, tous les effets à usage contaminés indistinctement ne sont pas accessibles aux moyens chimiques indiqués ; les uns en sont fortement altérés, les autres sont par trop volumineux ou par trop épais pour qu'ils puissent être soumis à ce procédé ; dans ce cas, la destruction par le feu est le meilleur moyen, et on doit y recourir toutes les fois que

les circonstances le permettent ; les paillasses, les matelas, les couvertures, les habits de drap appartiennent à cette catégorie; mais si les circonstances n'en permettent pas la destruction, il faut les soumettre au moins à l'action d'une chaleur très élevée ; nous avons déjà observé que le Dr Henry de Manchester croit avoir prouvé qu'une chaleur qui serait au-dessus de 200° F. (250° p. ex.) suffit pour détruire les germes morbifiques ; or, on pourrait faire instituer pour cette opération des chambres bien fermées ou des fours chauffés par de l'air chaud conduit à travers des tuyaux ; après avoir soumis ces effets pendant 24 heures à un degré de chaleur tel que nous venons de l'énoncer, on les exposerait encore pendant quelques jours au grand air. En général les moyens de désinfection à employer dans tous ces cas dépendront en grande partie des conditions que présenteront les effets à désinfecter ; ainsi, des effets qui ont servi à des cholériques, du linge non lavé, des habits sales, réclameront l'application des moyens les plus rigoureux, et surtout la destruction par le feu toutes les fois que les circonstances le permettent ; tandis que pour les effets qui se présentent sous les conditions opposées, il suffira souvent de les exposer au grand air pendant une série de jours. Quant aux hardes, elles appartiennent naturellement à la première catégorie, il faudra donc les soumettre comme le linge des cholériques, à l'action du chlorure de chaux ou du chlorure de zinc et, pour être encore plus sûr du résultat, on répètera cette opération pendant 2 ou 3 jours, après quoi on les exposera à l'air. Mais, comme nous avons déjà observé, ces opérations ne peuvent pas être appliquées à toutes les hardes indistinctement, et c'est alors surtout qu'il sera nécessaire d'avoir recours à des fumigations d'acide sulfureux etc.

Le Rapport général a établi qu'aucun fait de propagation du choléra par des marchandises n'a été constaté jusqu'ici, sans nier la possibilité du fait ; en effet la contamination des marchandises, comme objets neufs qui n'ont pas servi, n'est pas très probable, et l'aération prolongée pendant quelques jours suffira alors dans les cas ordinaires pour écarter tout danger ; dans certains cas cependant on pourrait lui venir en aide par la calorification en les exposant à une température au-dessus de 200°F ; dans d'autres cas, si la probabilité de la contamination est plus grande et si cela peut se faire sans danger de détérioration, on ajoutera à ces moyens, des fumigations par l'acide sulfureux faites dans un espace hermétiquement fermé, ou bien on les plongera dans des solutions de chlorure de chaux ou de chlorure de zinc.

La désinfection des navires. Les mesures de désinfection à prendre pour prévenir la contamination des navires, sont assez simples ; une extrême propreté, une bonne aération entretenue par les écoutilles, les panneaux et les manches, jointes à la propreté rigoureuse de la sentine sont alors tout ce qu'il faut ; les eaux de cale doivent être vidées tous les jours, mais seulement après leur désinfection préalable par une solution de sulfate de fer, ou par tout autre désinfectant qui lui est égale en efficacité, sans attaquer le navire ; un composé d'une partie d'acide phénique sur 9 parties de vinaigre avec un peu de camphre a été prôné comme un désinfectant utile des cabines. Mais ce n'est plus la même chose quand il s'agit de désinfecter un navire contaminé par le choléra ; dans ce cas la désinfection devient souvent une opération excessivement difficile, quand surtout il s'agit des navires marchands

ordinaires, qui se trouvent le plus souvent dans les conditions hygiéniques des plus mauvaises. M. Mélier dans sa relation de la fièvre jaune survenue à St. Nazaire en 1861 a fait voir combien il est difficile de désinfecter complétement un navire dans de telles conditions, et à quelles opérations laborieuses il faut recourir pour atteindre ce but ; or, nous pensons que les mesures de désinfection des navires contaminés par le choléra doivent se baser sur les mêmes principes qui ont guidé la désinfection des navires contaminés par la fièvre jaune ; néanmoins il ne faut pas perdre de vue une différence essentielle qui existe entre la contamination par la fièvre jaune d'un côté, et la contamination par le choléra de l'autre, différence qui nous fait espérer de pouvoir arriver, dans notre cas, plus facilement à une désinfection complète ; il est donc prouvé par des faits nombreux que la fièvre jaune adhère avec une tenacité remarquable aux navires, et plus spécialement à la cale, et que, malgré une santé parfaite de l'équipage, le navire peut renfermer le germe morbifique et le retenir malgré les mesures prises pour le détruire ; or, par rapport au choléra il n'existe pas des faits analogues ; on a bien vu des cas où des épidémies cholériques ont fait de grands ravages à bord de navires encombrés, mais au bout de quelques semaines, au plus tard, toutes ces épidémies se sont éteintes pour ne plus y apparaître ; ces faits rentrent dans la règle générale, car nous avons vu que le germe cholérique est d'une vitalité limitée et qu'il se volatilise facilement. Cependant il ne résulte pas de là, que dans des conditions particulières de malpropreté, de manque d'aération, etc., un navire contaminé ne puisse pas retenir le germe cholérique pendant un espace de temps plus long, et devenir dangereux à des personnes qui ne jouissent pas d'une immunité acquise par le séjour dans un foyer cholérique. Nous voulons donc dire que, quoique la désinfection des navires contaminés par le choléra se présente sous des conditions plus favorables, elle doit être pratiquée néanmoins avec le plus grand soin. Ces mesures de désinfection seront plus ou moins rigoureuses, 1° selon le degré d'intensité du foyer qui s'est manifesté à bord ; 2° selon l'espace du temps écoulé depuis le départ du navire d'un port infecté, et 3° selon le degré de salubrité du bord. Mais comme ces questions appartiennent plus spécialement à la commission chargée de l'étude des mesures quarantenaires, nous nous bornerons ici à quelques observations générales, pour passer immédiatement aux opérations de désinfection nécessaires dans les cas qui se présentent dans les conditions les moins favorables.

Dans les conditions les plus favorables, s'il s'agit par exemple d'un paquebot des compagnies de navigation, qui pendant la traversée n'a pas eu des cas de choléra à bord, surtout si cette traversée a été de plus de 10 jours, les mesures déjà énumérées de désinfection préventive seront parfaitement suffisantes. Mais si des cas de choléra ont eu lieu à bord pendant la traversée d'un navire qui présente du reste des conditions de salubrité favorables, des lavages de toutes les parties du navire, et surtout de la cale avec une solution de chlorure de chaux ou d'acide phénique, que l'on ferait agir sur les endroits difficilement accessibles par des pompes, et le badigeonnage à la chaux et au besoin la peinture à neuf compléteront ces mesures de désinfection. Il va sans dire que la cabine ou la partie du navire où les accidents cholériques ont eu lieu, réclame sous ce rapport une attention tout particulière et que les linges, la literie et tous les effets des malades doivent être traités

conformément aux règles posées ailleurs. Venons maintenant au cas le plus difficile. Supposons un navire à voile, chargé de marchandises, et se trouvant dans des conditions d'insalubrité telles qu'ils existent à différents degrés à bord de tous les navires de cette catégorie ; qu'en outre le choléra ait régné à bord ou qu'il y règne encore. Les mesures de désinfection dans ce cas doivent commencer par le déchargement du navire, opéré avec toutes les précautions nécessaires pour empêcher la contamination des personnes employées au déchargement ; on appelle cette opération le *déchargement sanitaire*. La première question qui se présente ici est celle-ci : le déchargement ne doit-il pas être opéré par l'équipage lui-même en dehors du concours de personnes vierges de contamination ? Nous y répondrons affirmativement si le choléra ne règne plus à bord, pourvu naturellement que le nombre des hommes d'équipage ne soit pas absolument insuffisant ; dans ces conditions le mieux sera de faire procéder au déchargement sanitaire par l'équipage lui-même sous la direction de personnes compétentes ; mais si le choléra règne encore à bord ou si l'équipage ne peut pas suffire à cette opération, il ne faut pas hésiter de débarquer avant tout les hommes d'équipage pour les soumettre eux-mêmes aux mesures de désinfection et autres exigées par les circonstances. Le déchargement et la désinfection doivent être faites dans des endroits qui sont en dehors des communications, le navire étant ancré d'abord aussi loin que possible du littoral ; après avoir versé dans la cale une solution de sulfate de fer ou d'acide phénique, on procède à une aération aussi complète que possible en ouvrant les écoutilles et les pannaux et en établissant les manches ou les tubes ventilateurs, et au déplacement partiel de la partie accessible du chargement ; ensuite on arrose le pont, les parois, en un mot tous les endroits accessibles du navire, ainsi que les marchandises si leur nature le permet, avec une solution concentrée de chlorure de chaux, en se servant d'arrosoirs ou de pompes afin d'arriver plus facilement à tous les recoins. On attendra alors un ou deux jours afin que l'effet de l'aération soit mieux assuré, après quoi on débarquera la première couche de marchandises et on déplacera la couche suivante ; on arrosera de nouveau les endroits devenus maintenant accessibles comme précédemment et ainsi de suite, jusqu'au déchargement complet du navire ; comme règle générale, le déchargement doit se faire plutôt d'une façon lente et par intervalles afin de diminuer le danger des émanations insalubres pour les hommes chargés de cette opération, à moins qu'il n'y ait d'autres causes impérieuses qui exigent le contraire; ceux-ci doivent s'entourer des soins hygiéniques les plus minutieux ; ils seront bien nourris, des intervalles de repos et de recréation leur seront accordés, ils ne passeront jamais les nuits à bord, ils changeront d'habits toutes les fois qu'ils quitteront le navire après les heures du travail, en un mot, il ne seront exposés au foyer que le temps strictement nécessaire pour le travail ; on a aussi recommandé dans ces circonstances l'usage de *respirators* de charbon végétal. Le déchargement une fois complété, on entreprendra avant tout la sentine ; on y versera d'abord en abondance soit de l'eau simple, soit additionnée d'acide phénique ou de chlorure de chaux; les mouvements imprimés au navire par les vents et par la mer ayant contribué à dissoudre en partie la boue de la cale, on fera agir les pompes ; on versera de nouveau le même limpide, on videra, et ainsi de suite jusqu'à ce

que l'eau rendue par les pompes devienne limpide. On examinera maintenant l'état des parois du navire ; on ouvrira les paracloses et si les mailles sont remplies de matières organiques en putréfaction, il faudra les vider après y avoir injecté du chlorure de chaux ou de l'acide phénique ; c'est une opération des plus difficiles qui doit être confiée à un constructeur naval et qui nécessitera le plus souvent l'enlèvement partiel du vaigrage. Enfin on achèvera la désinfection par des fumigations d'acide sulfureux, par le grattage, le lavage à grande eau ou avec les mélanges sus-mentionnés et par le badigeonnage. Au lieu du grattage on a recommandé dans ce dernier temps le *flambage* au gaz ; moyennant un appareil *ad hoc* on fait agir une flamme de gaz successivement sur toutes les parties de l'intérieur du navire jusqu'à l'obtention d'un léger degré de carbonisation ; c'est sans doute un moyen de désinfection très efficace. La peinture à l'huile de l'intérieur du navire peut aussi être employée comme un complément utile de la désinfection. Il va sans dire que tous les objets que l'on rencontrera dans les recoins du navire pendant ces opérations, seront, selon les circonstances, ou détruits ou désinfectés à leur tour. Dans le cas le plus extrême, où l'infection est telle qu'il devient douteux si ces mesures aboutiront, il se présentera la question de la destruction par le feu ou de la submersion du navire ; pour désinfecter l'*Anne Marie*, devenue un foyer de fièvre jaune, M. Mélier a fait précéder la désinfection de la cale de la submersion, pratiquée dans des conditions telles qu'elles ont permis de relever le navire plus tard sans danger; sur une hauteur bien calculée des flancs, hauteur à désigner par un constructeur naval, on pratique des ouvertures après avoir fait échouer le navire près du littoral; à la haute marée l'eau entre par ces ouvertures et lave toute la cale et elle s'en retire de nouveau en partie à la basse marée ; or comme la marée a lieu deux fois par jour, ce lavage se fera deux fois par jour et on y laissera le navire exposé pendant plusieurs jours, après quoi on fait fermer ces ouvertures au moment de la basse marée et le navire se relèvera facilement à l'entrée de la haute marée ; on videra l'eau par les pompes et on procèdera à la désinfection selon les règles posées. On a donné à cette opération le nom de *sabordement* ; il est évident que le sabordement ne peut trouver une application que là où la marée a lieu de cette façon ; or ce n'est pas le cas partout, et la mesure n'est pas applicable par exemple dans la méditerranée. Hâtons-nous d'ajouter cependant que pour les raisons déjà indiquées, on sera rarement dans le cas d'avoir recours à des mesures aussi rigoureuses vis-à-vis des navires contaminés par le choléra ; la submersion a du reste toujours de graves inconvénients pour le navire dans quelles conditions qu'on la pratique, en y causant un degré d'humidité auquel il est très difficile de remédier.

Après avoir étudié maintenant la désinfection dans tous les détails de son application, il nous reste encore à dire deux mots relativement à la question, s'il est possible d'éteindre par ce moyen les premiers foyers d'importation ; or certains faits nous font croire que cette possibilité existe, pourvu que ces foyers soient encore très peu nombreux et que l'isolement complet des foyers vienne à l'aide des mesures de désinfection. Quant à celles-ci pour être méthodiques elles doivent commencer autant que possibles par la source d'émission du principe cholérique, c'est-à-dire par les déjections, les linges etc.

du cholérique; viendra ensuite la chambre qu'il a occupée avec tout ce qu'elle renferme et enfin toute la maison.

6. Conclusions. Voilà maintenant les conclusions que nous formulons comme corollaire des considérations précédentes;

La désinfection appliquée au choléra d'après une méthode rationnelle et avec persévérance, s'offre comme un puissant auxiliaire : 1° *pour diminuer la receptivité d'une localité menacée par le choléra.* 2° *pour détruire le germe de la maladie et* 3° *pour limiter dans certaines circonstances favorables l'extension de l'épidémie.*

N° 25.

SÉANCE DU 16 AOUT 1866.

—

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 16 août, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa vingt-cinquième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour la Belgique :

M. le comte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires ;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. B., délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M. Kalergi, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes ;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio Gomez, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Lenz, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna;

Pour la Suède et la Norwège :

M. Oluf Stenersen, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinple ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

La séance est ouverte à midi :

M. le Dr Naranzi, l'un des secrétaires, donne lecture du procès-verbal de la 24e séance.

M. le Dr Mühlig prend la parole, après l'adoption de ce procès-verbal, pour rectifier une erreur existant dans le procès-verbal N° 16 dont la distribution vient d'être faite; à la page 16 de ce procès-verbal (11e alinéa), il est dit : « M. le Dr Mühlig se demande si les Persans ne tiennent pas à éli- » miner la Perse de la catégorie des pays suspects pour la seule raison qu'ils » voudraient soustraire leurs frontières à l'établissement de mesures sanitai- » res.» La discussion portant à ce moment sur la question de l'endémicité au Hedjaz, M. le Dr Mühlig fait remarquer que cette phrase se trouve n'avoir aucune signification. M. le Dr Mühlig s'était en effet exprimé dans ce sens, mais c'était à la 15e séance ainsi qu'on peut s'en assurer en se reportant au procès-verbal, et alors que l'on discutait la question de l'endémicité en Perse ; c'est donc par erreur que ces paroles se trouvent de nouveau rapportées dans le 16e procès-verbal.

L'ordre du jour portant la continuation de la discussion du Rapport de

la 1re Commission du 3me groupe, il est donné lecture du chapitre II de ce Rapport.

M. le Dr Fauvel trouve que la Commission qui dit d'ailleurs d'excellentes choses sur l'hygiène navale en général,ne s'est pas suffisamment préoccupée de ce qui, à son avis, aurait dû être l'objet principal de ses recherches, à savoir de l'étude des mesures hygiéniques spéciales au choléra en raison des caractères particuliers qui distinguent cette maladie. Suffit-il, par exemple, au moment du départ d'un navire, de s'en tenir à ces préceptes généraux de l'hygiène que tout le monde connaît et qui sont applicables à toutes les maladies indistinctement; ne faudrait-il pas, puisque le choléra s'annonce par des phénomènes précurseurs, soumettre les passagers et les hommes de l'équipage à une visite médicale rigoureuse et défendre l'embarquement des individus atteints de diarrhée? les navires affectés à des transports de troupes, d'émigrants, ne devraient-ils pas être l'objet de précautions particulières; les réglements fixent en raison du tonnage le nombre des individus qu'un navire peut transporter, ce nombre ne devrait-il pas être réduit en temps de choléra? On sait que les hardes et les vêtements sont de redoutables agents de transmission, on a vu les objets emportés par des émigrants donner le choléra après quinze jours de traversée, n'y a-t il pas là encore des précautions à prendre, ne devrait-on pas exiger que ces hardes et ces vêtements soient soumis au lavage avant l'embarquement; n'y aurait-il pas aussi des soins particuliers à donner à l'établissement des lieux d'aisance; n'y a-t-il pas enfin la question si importante des vivres, celle des marchandises, comme les chiffons, les drilles, les débris d'animaux etc.,dont le commerce devrait être interdit en temps de choléra.

M. le Dr Fauvel, sans vouloir pousser plus loin cette énumération, exprime en terminant le regret que la Commission qui conseille la publication d'un manuel d'hygiène navale à l'usage de la marine marchande de chaque pays, n'ait pas cru devoir faire elle-même ce manuel en y résumant sous une forme populaire et à la portée de tous, les principales mesures hygièniques à prendre à bord des navires spécialement en vue du choléra.

M. le Dr Monlau répond que c'est à tort que M. le Dr Fauvel reproche à la Commission de s'être tenue dans les généralités: il n'y a pas, à proprement parler, d'hygiène navale particulière au choléra; que toutes les indications générales que contient le rapport soient bien exécutées et on aura

fait, pour empêcher la transmission du choléra par les navires, tout ce qu'il est possible de faire. Il est, d'ailleurs, inexact que la Commission ait commis les omissions que signale M. le Dr Fauvel. Le Rapport ne dit-il pas qu'il faut constater l'état des passagers et des hommes de l'équipage avant le départ ; ne signale-t-il pas aussi les dangers de l'encombrement, ne parle-t-il pas de la surveillance à exercer au point de vue de la propreté des hardes et des vêtements et aussi de la bonne qualité des aliments ; ne conseille-t-il pas l'interdiction du transport de certaines marchandises ; tout ce qui a trait à l'installation des lieux d'aisance, en un mot à la désinfection des matières excrémentielles, n'est-il pas enfin traité dans le travail annexe de M. le Dr Mühlig? Pour ce qui est du manuel, M. le Dr Monlau croit que c'est l'affaire des académies, des facultés de médecine ou des conseils de santé, et nullement celle de la Conférence ; les manuels existent au surplus, tout ce que la Commission voudrait, c'est qu'ils fussent rendus obligatoires.

M. le Dr Mühlig qui s'associe aux observations présentées par M. le Dr Fauvel, fait remarquer que si le rapport ne sort pas assez des généralités, cela tient à ce qu'on s'est peut-être trop astreint, au sein de la Commission, à suivre les prescriptions du programme officiel adopté par la Conférence, programme dont les questions ne présentaient pas toute la précision désirable. M. le Dr Mühlig faisait partie de la Commission et c'est pour cette raison qu'il n'en a signé le Rapport qu'avec réserves ; il fera connaître au fur et à mesure les points sur lesquels portent ces réserves.

M. le Dr Gomez répondant à M. le Dr Fauvel, fait observer que la Conférence doit avant tout s'attacher à extraire des données que possède la science ce qui a besoin d'être sanctionné par rapport aux questions qu'elle a pour mission d'étudier et d'éclaircir ; il est difficile d'émettre des idées nouvelles en fait d'hygiène et la Commission pouvait difficilement, en ce qui concerne l'hygiène navale, éviter de dire autre chose que ce chacun sait. Elle s'est peut-être trop appesantie sur les grandes règles de l'hygiène navale, mais en présence du rôle considérable que jouent les navires au point de vue de la transmission du choléra, cette hygiène n'a-t-elle pas une importance capitale et, d'ailleurs, si les règles en sont connues, ne sont-elles pas aussi bien négligées ? une partie des questions qui, d'après M. Fauvel, auraient dû être traitées par la 1er Commission, par exemple celles qui sont relatives aux marchandises, ne devront-elles pas l'être plus tôt par la Commission qui s'occupera de la police sanitaire

et des mesures quarantenaires? Les autres questions qu'on représente comme omises parce qu'elles ne figurent pas dans le chapitre II, ne sont-elles pas traitées dans d'autres parties du Rapport, n'est-ce pas particulièrement le cas de tout ce qui touche à la désinfection? M. le Dr Gomez s'empresse du reste d'ajouter que si cependant la Conférence pensait qu'il convint de compléter le chapitre de l'hygiène navale dans le sens des indications de M. le Dr Fauvel et en insistant davantage sur l'hygiène propre au choléra, la Commission n'y ferait certainement pas d'opposition.

M. le Dr Fauvel n'a pas voulu dire que la commission dût inventer, mais elle devait, en se basant sur les faits observés par la science et en profitant des enseignements qu'ils contiennent, préciser davantage les règles de l'hygiène navale plus particulièrement applicables au choléra, c'est là le but de la Conférence. Tout ce qui concerne l'hygiène était d'ailleurs du domaine de la 1re Commission, l'étude des mesures quarantenaires étant distincte de celle des mesures hygièniques.

M. le Dr Bartoletti s'associe à ces observations.

Quelques membres demandant la clôture de cette discussion, M. le Dr Fauvel soumet à la Conférence la proposition que la 1re Commission soit invitée à rédiger le manuel d'hygiène qu'elle conseille.

M. le Dr Gomez répète que ce n'est pas l'affaire de la Conférence. Les prescriptions hygièniques à suivre ne sont d'ailleurs pas les mêmes dans chaque pays, elles varient suivant les climats, aussi suivant les législations, la rédaction de ce manuel serait recommandée aux divers gouvernements, on en trouverait les bases dans le travail de la Commission.

M. le Dr Mühlig, sur la demande qui lui en est faite par M. le Dr Maccas, explique que la divergence qui s'est produite entre lui et les autres membres de la 1re Commission, portait sur la manière de comprendre le travail: M. le Dr Mühlig croyait qu'on devait traiter la question à un point de vue spécial et il aurait désiré que la Commission tînt plus de compte du contre-projet présenté par un certain nombre de membres de la Conférence pour la classification des questions du 3e groupe. M. le Dr Mühlig pense que sans lui demander de faire un manuel d'hygiène comme le propose M. le Dr Fauvel, on pourrait inviter la Commission à compléter son rapport conformément aux indications qu'on trouve à cet égard dans l'art. 5 de la 1re section du contre-projet.

M. le Président met aux voix le texte du chapitre II qui est adopté à

l'unanimité, la question de savoir s'il doit être ou non complété étant d'ailleurs réservée.

M. le Dr Fauvel fait remarquer à propos de la conclusion que proposer d'ouvrir des concours et de décerner des prix aux auteurs des découvertes tendant à améliorer les conditions hygièniques à bord des navires, de publier un manuel d'hygiène navale, etc. n'est pas répondre à la question qu'il s'agissait de résoudre et qui est ainsi conçue : « Mesures hygièniques pour empêcher autant que possible l'importation du choléra par la voie de mer (page 5 du Rapport). » Les conseils que donne la Commission sont excellents, mais il n'y a aucun rapport entre la question et la réponse ; de plus ce n'est pas une conclusion. M. le Dr Fauvel en demande la suppression.

M. le Dr Monlau répond que s'il n'y a pas de moyens directs connus pour étouffer le choléra dans son berceau, on n'en connaît pas davantage pour s'opposer à son importation; dans l'un et l'autre cas, on n'a d'autre ressource que de recourir aux mesures hygièniques. Celles de ces mesures qui sont applicables aux navires la Commission les a développées dans le chapitre qui vient d'être voté et, dans la conclusion, comme elle n'a pas cru qu'il fût nécessaire de les répéter, elle se borne à recommander les divers moyens qui lui paraissent pouvoir contribuer le plus efficacement à perfectionner et à rendre plus complète la pratique de cette hygiène navale. On ne connaît pas la cause qui produit le scorbut,on est cependant parvenu, en améliorant les conditions hygièniques générales à bord des navires, à faire disparaître presque entièrement cette maladie: pourquoi n'arriverait-on pas de la même manière au même résultat pour le choléra ?

Une conversation s'engage entre MM. le Dr Maccas, Dr Goodeve, Cte de Lallemand, Segovia, Dr Gomez, Dr Sotto et Stenersen sur la question de savoir si le vote de la conclusion du chapitre II ne devrait pas être différé, comme le propose le Dr Salem bey, jusqu'à ce que la Conférence ait décidé s'il y a lieu ou non d'ajouter un article additionnel à ce chapitre. La Conférence se prononce, à la majorité de 19 voix contre 4, pour l'ajournement du vote, et ensuite, à l'unanimité moins une voix, celle de M. le Dr Monlau, pour la nécessité d'un article additionnel destiné à compléter ledit chapitre. La Commission est laissée libre de rédiger cet article ainsi qu'elle l'entendra.

M. le Cte de Noidans donne ensuite lecture du chapitre III qui est adopté

à l'unanimité (texte et conclusion), puis du chapitre IV jusqu'à la partie de ce chapitre relative au sol (page 29).

M. le Dr Fauvel à propos de ce qui est dit (page 26) de l'influence morbifique des gaz répandus par les excréments en décom position et surtout du carbonate et du sulfhydrate d'ammoniaque, fait observer que la Commission avance là un fait qui n'est pas suffisamment demontré. D'après l'opinion de M. Fauvel, ce n'est point à ces gaz en tant qu'agents chimiques, mais aux principes probablement organiques qui se dégagent en même temps, que sont dûs les accidents de vomissements et de diarrhée que produisent les exhalaisons excrémentielles. C'est là un point qui a une grande importance, il ne suffirait pas en effet de détruire ces gaz pour enlever aux exhalaisons dont il s'agit l'action délétère qu'elles exercent sur l'homme. Il en est du poison contenu dans lesdites exhalaisons comme de celui que renferment les effluves des marais et qui produit les fièvres palustres, c'est un principe toxique, certainement volatile et vraisemblablement organique, mais dont cependant la science ne connaît pas encore la nature.

M. le Dr Lenz oppose à M. le Dr Fauvel les expériences faites par M. Pettenkofer : des chiens ont été placés par M. Pettenkofer sous des cloches remplies de carbonate et de sulfhydrate d'ammoniaque, et c'est à l'action de ces gaz qu'il attribue les résultats obtenus.

M. le Dr Bykow appuie les observations de M. Fauvel. C'est uniquement parce que le développement et le dégagement des gaz dont il s'agit pendant la fermentation des excréments coïncide avec le dégagement des principes toxiques qui se forment en même temps, qu'ils jouent une rôle dans la production du choléra, de la fièvre typhoïde et de la diarrhée en général.

M. le Dr Gomez reconnaît avec M. le Dr Fauvel et M. le Dr Bykow, que dans la décomposition des matières contenues dans les lieux d'aisances et dans les égouts, les produits ammoniacaux ou autres que la chimie y a signalés ne sont pas les seuls agents nuisibles ; il y a bien certainement des émanations organiques que la chimie n'a pas encore pu saisir, et qui doivent être les véritables agents de certaines maladies infectieuses. M. le Dr Gomez croit cependant que le texte du Rapport peut être maintenu par la raison que si parmi les produits de la fermentation putride des matières des égouts, on a indiqué le carbonate et le sulfydrate d'ammoniaque ainsi que le gaz sulfurique comme des agents particulièrement

nuisibles, on n'a pas dit qu'ils fussent les seuls capables de le devenir; de plus les produits ammoniacaux ne sont pas seulement des poisons par eux-mêmes, ils sont censés avoir aussi une action capable de favoriser le développement des germes morbides qui sont le résultat de la fermentation putride des matières des égouts ou qui se trouvent par hasard mêlés à ces matières. C'est ainsi qu'on suppose que les déjections cholériques à l'état frais contiennent le germe de la maladie, mais dans un état où ce germe est incapable de la transmettre, tandis qu'il n'en est plus de même lorsque la fermentation putride commence et que les produits ammoniacaux se forment; l'expérience paraît démontrer en effet que ces produits exercent une influence particulièrement favorable à l'évolution par laquelle le germe cholérique a besoin de passer pour acquérir le pouvoir de transmettre la maladie.

Ces observations entendues, la 1re partie du chapitre IV jusqu'à la section *du sol* est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

M. le Cte de Noidans lit la suite de ce chapitre jusqu'aux conclusions inclusivement.

M. le Dr Bykow à propos de la désinfection des matières excrémentielles, fait observer que dans le système de Mosselmann, la désinfection s'applique aussi bien aux excréments solides qu'aux excréments liquides, avec cette différence que dans le premier cas on fait usage de la chaux vive et, dans le second, de la chaux éteinte déjà par l'urine. Les excréments désinfectés par la chaux ne peuvent plus du reste être employés pour fertiliser les sols calcaires, c'est un des inconvénients de ce systême ; c'est pour cette raison qu'il a été rejeté dans certaines localités où la chaux abonde dans le sol.

M. le Dr Lenz répond à M. le Dr Bykow que son observation est juste, mais que la désinfection des excréments solides par le système Mosselmann ne s'effectue pas dans les fosses mêmes, mais seulement après leur enlèvement dans les fabriques de poudrette.

M. le Dr Bykow maintient son observation : c'est dans les fosses mêmes qu'on opère la désinfection des matières excrémentielles solides.

M. le Dr Fauvel n'admet pas l'assimilation que la Commission établit

(page 32, dernier alinéa), quant à l'infection cholérique, entre les déjections des hommes et celles des bestiaux. Les déjections des bestiaux sont évidemment insalubres, mais on ne peut dire qu'elles soient dangereuses et surtout au point de vue du choléra.

M le Dr Fauvel demande, en outre, que l'interdiction du transport des cadavres de cholériques dans un lieu indemne que conseille la Commission (page 34) soit rendue moins absolue. C'est un cas qui se présente fréquemment dans la pratique; or, M. Fauvel ne croit pas que ce transport puisse présenter d'inconvénients après, bien entendu, que toutes les précautions nécessaires ont été prises, embaumement des cadavres, cercueils métalliques, etc.

M. le Dr Goodeve partage quant au transport des cadavres la manière de voir de M. le Dr Fauvel.

M. le Dr Lenz répondant à M. le Dr Fauvel, explique que la Commission n'entend pas assimiler les déjections humaines à celles des bestiaux; il faut éviter que le sol s'imprègne de ces dernières, voilà ce que le Rapport se borne à conseiller. Pour ce qui est du transport des cadavres, si la Commission en recommande l'interdiction, ce n'est pas qu'elle le juge absolument dangereux lorsque toutes les précautions ont été prises ; les exceptions ne manqueront pas de se produire dans la pratique, il n'était pas nécessaire de les prévoir.

M. le Dr Monlau croit quant à lui que ce transport devrait être complétement interdit en temps d'épidémie.

La proposition de M. le Dr Fauvel d'autoriser sous certaines conditions le transport des cadavres de cholériques, est votée à la majorité de 13 voix contre 3.

La Conférence adopte ensuite à l'unanimité le texte ainsi modifié de la section du chapitre IX relative *au sol.*

M. le Dr Bartoletti croit qu'il y aurait lieu de modifier le 1re paragraphe de la conclusion, à savoir que « l'assainissement des villes est un moyen préventif efficace pour s'opposer à la réception du choléra et en limiter les ravages. » Le mesures d'assainissement si complètes quelles soient ne sauraient empêcher l'importation du choléra, et l'emploi du mot *efficace* rend cette conclusion trop positive.

A la suite d'une conversation qui s'engage à ce sujet entre M. le C^te^ de Lallemant et M.le D^r^ Fauvel qui appuient l'observation de M.le D^r^ Bartoletti d'une part, et MM. les D^rs^ Monlau, Goodeve et Sotto qui défendent la rédaction de la Commission de l'autre, la Conférence décide que la conclusion sera modifiée ainsi qu'il suit : l'assainissement *des villes* est un moyen préventif *de premier ordre* pour etc.

La conclusion ainsi modifiée est adoptée à l'unanimité.

La séance est levée à 4 h. 1/2.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
B^on^ DE COLLONGUE — D^r^ NARANZI.

N° 26.

SÉANCE DU 18 AOUT 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 18 août, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa vingt-sixième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. VETSERA, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur SOTTO, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour la Belgique :

M. le comte de NOIDANS, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires ;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

S. G. Mgr. Brunoni, archevêque de Taron, vicaire-apostolique à Constantinople ;

M. le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M Kalergi, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes ;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

Mirza-Malkom-Khan, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur Sawas Efendi, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio Gomez, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. le B^{on} Testa, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Lenz, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. Oluf Stenersen, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

S. Exc. le Président donne la parole à M. le C^te^ de Noidans pour poursuivre la lecture du rapport sur les mesures d'hygiène contre le choléra.

A la dernière séance la discussion s'est arrêtée à page 34.

M. de Noidans donne lecture de l'appendice du quatrième chapitre.

M. Mühlig fait à propos du texte de cet appendice les remarques suivantes : remarques, dit-il, qu'il s'était proposé de soumettre à la Conférence, et pour cette raison il avait le Rapport de la Commission dont il faisait partie sous réserve.

Il n'est pas, dit-il, tout à fait de l'avis de la Commission relativement à la question, s'il y a des mesures d'hygiène privée ou publique, des mesures d'assainissement applicables sur une échelle assez vaste pour qu'elles puissent détruire ou diminuer, à un degré sensible, la prédisposition à l'infection cholérique. M. Mühlig pense que la Commission en répondant à cette question par l'affirmative a été trop absolue dans ses apprécia-

tions, et qu'elle n'a pas tenu suffisamment compte des difficultés insurmontables qui se présentent en pratique.

M. Mühlig expose comme il suit sa manière de voir relativement à cette question. Chacun sait, dit-il, que le choléra est la maladie, par excellence, des classes indigentes qui sont obligées de vivre dans des conditions hygièniques défavorables, et qui diminuent, en général, la résistance vitale : or, quels que soient les efforts des gouvernements pour soulager la misère et pour améliorer la condition des classes ouvrières, il ne sera jamais possible de leur offrir les avantages hygièniques dont jouissent exclusivement les classes aisées. En effet, dit M. Mühlig, il ne suffira pas d'élargir les rues, de surveiller les constructions les égouts etc., plus que tout cela, il leur faudrait des habitations bien aérées et bien entretenues, une nourriture animale analeptique, une propreté rigoureuse, en un mot toutes les conditions de la vie aisée. Tout cela serait absolument nécessaire pour les doter de cette résistance vitale dont l'absence constitue la prédisposition aux attaques cholériques. Les mesures hygièniques, fait observer M. Mühlig, ont sans doute une importance capitale, mais presque exclusivement en faveur des classes aisées, et, elles ne sont pas applicables, sur une échelle assez vaste, pour sauvegarder les masses contre le fléau asiatique.

M. Mühlig opine que l'on ne saurait assez se prémunir contre l'exagération. Comme conclusion, il dit qu'en poursuivant un idéal impossible à atteindre, on détournerait son attention de l'action des mesures d'isolement et des efforts qu'on devrait faire pour les appliquer, aussi près que possible, des foyers cholériques.

M. de Lallemand déclare qu'il appuie M. Mühlig et qu'il adhère pleinement à la manière dont il envisage la question, parce qu'il pense aussi, et, son opinion date de longtemps, que les mesures hygiéniques quelque efficaces qu'elles puissent être, ne pourraient, dans aucune société, recevoir une application aussi large et aussi complète que la science l'exige, pour répandre leur action sur toutes les classes de la société. Leur application restera toujours bornée et les classes indigentes profiteront moins que la classe aisée de leur action bienfaisante.

M. Monlau est d'avis que tant M. Mühlig que M. de Lallemand n'envisagent la question qu'en partant d'un principe exagéré. La question posée par la Commission ne consiste pas à rechercher si en dehors des mesures hygiéniques appliquées en grand, il existe d'autres mesures efficaces. La

Commission elle-même a tenu compte de beaucoup d'autres mesures prophylactiques applicables au choléra, et capables d'amoindrir la prédisposition à cette maladie: Elle s'est bornée à dire que les mesures d'hygiène privée ou publique, capables de détruire ou d'amoindrir la prédisposition à l'infection cholérique, existent. Voilà tout.

M. Mühlig, poursuit M. Monlau, fait à la Commission le reproche d'être trop absolue et trop affirmative dans ses appréciations, mais il oublie qu'il a signé, et M. de Lallemand aussi, le rapport général, où il est question des mesures hygiéniques capables d'amoindrir la prédisposition à l'infection cholérique. En outre il oublie que les mesures d'isolement et de désinfection, pour lesquelles il a une immense prédilection, entrent dans la catégorie des mesures hygiéniques. Il prétend que les travaux d'assainissement ne profitent qu'à la classe aisée, mais pourrait-il nier que les travaux modernes de canalisation, par exemple, n'aient grandement profité à toutes les classes indistinctement? Non-seulement la Commission, selon M. Monlau, n'a rien exagéré, mais elle est restée au dessous du possible en appréciant le rôle de l'hygiène : ce rôle est beaucoup plus grand qu'elle ne l'a dit, il est immense et l'Angleterre, la Belgique et quelques autres pays en entreprenant des travaux gigantesques d'assainissement, ont fait connaître toute la valeur des moyens qui sont du domaine de l'hygiène. Les travaux qu'on a entrepris sont de nature à changer les bases de la société.

M. Monlau à l'appui de son dire cite quelques faits extraits des rapports concernant la ville de Londres. Dans un quartier de Londres, dit-il, à Lambette-Square, la population était particulièrement atteinte en temps d'épidémie, mais depuis qu'on y a fait de grands travaux d'assainissement, ce quartier est resté à l'abri du choléra, du typhus, des fièvres et autres maladies épidémiques (voir le compte-rendu du mois de mai 1846 dans la statistique du vic. d'Edrington.

Autre fait:

La cité de Londres, assainie maison par maison, et dans laquelle on fit en outre arriver de l'eau de bonne qualité, on intercepta les communications avec les égouts du dehors, la mortalité de sa population baissa au dessous de celle de Hamstead-road, quartier très-salubre mais qui ne reçut pas les mêmes améliorations.

M. Monlau dit en finissant, que par rapport à la peste, la seule prophylaxie a été la civilisation, c'est-à-dire, le bien être général, les grands

progrès accomplis en agriculture, et, dans l'industrie. Les sciences qui ont produit ces heureux résultats sont, comme l'a dit Auber Roche, sous les auspices de l'hygiène publique. Un jour, il ne faut pas en douter, on pourra en dire autant par rapport au choléra.

Dans la lutte, dit M. Goodeve, qu'on soutient entre l'hygiène et les mesures d'isolement et de purification, il se sent disposé à prendre le parti de l'hygiène. Il n'y a pas à douter,pense-t-il, que si l'hygiène est appliquée méthodiquement et sur une grande échelle, toutes les classes de la société en profiteront également. On pourrait même dire que les mesures d'hygiène sont non seulement plus efficaces mais que leur application en grand est souvent plus facile sur les grandes masses. On aurait pu, selon M. Goodeve, diminuer grandement l'effroyable mortalité de Broad-Street en 1854 par le très simple expédient de fermer avant l'épidémie la pompe à laquelle puisait la population.

Plusieurs exemples, continue M. Goodeve, qu'on pourrait extraire de l'histoire des dernières épidémies, démontrent que les mesures hygiéniques sont très-efficaces pour amoindrir et même pour prévenir les épidémies cholériques. Cette bienfaisante influence des mesures hygiéniques par rapport à l'intensité d'une épidémie cholérique est démontrée par la différence qui eut lieu dans la mortalité de deux quartiers de Londres dans l'épidémie antérieure à celle de 1854, et dans celle de cette année pendant laquelle on les a pourvus d'eau. Ce fait, du reste, est cité dans le Rapport-général.

M. Goodeve mentionne aussi un autre exemple. Une ville de l'Angleterre Gateshead, était en temps d'épidémies singulièrement éprouvée. Lors de la dernière épidémie cholérique, ou nettoya très soigneusement la ville, et elle resta tellement indemne que beaucoup d'étrangers s'y réfugièrent.

M. Goodeve rappelle qu'en maintes circonstances ou a fait valoir devant la Conférence l'efficacité et l'importance des mesures hygièniques, point sur lequel tout le monde était d'accord: c'est pourquoi il a de la peine à comprendre la divergence d'opinions existant aujourd'hui sur le même sujet. Il voudrait même qu'on ne s'appesantit pas trop sur une pareille discussion, car elle pourrait exposer la Conférence à une sévère critique de la part des hommes compétents qui n'ont jamais mis en doute l'importance et l'efficacité de l'hygiène.

M. Mühlig exprime son étonnement de voir que plusieurs de ses collè-

gues le croient hostile aux mesures hygiéniques. Il est d'accord avec la Commission sur l'efficacité et la valeur de l'hygiène et il ne diffère qu'en un seul point à savoir qu'il y ait des mesures applicables sur une grande échelle et que ces mesures puissent détruire la prédisposition des classes pauvres à l'infection cholérique. Est-ce que le choléra, se demande M. Mühlig, fait aujourd'hui moins de ravages qu'en 1830 et 1848. A tout prendre, croit-il, la mortalité est la même. Et cependant que de travaux d'assainissement entrepris partout. En 1830, fait-il observer, l'épidémie n'a fait à Constantinople que 3,000 victimes, et l'année dernière de 10 à 12 mille, peut-être même davantage, cependant cette capitale depuis quelque temps se trouve dans des conditions hygièniques meilleures que par le passé. M. Mühlig ne nie pas que les bonnes mesures hygièniques ne puissent amoindrir la prédisposition, mais il les croit d'une application très-difficile. Il croit en outre qu'il y a certaines conditions mystérieuses, insaisissables qui concourent à rendre plus ou moins violente une épidémie, quelle que soit d'ailleurs la condition hygiènique du pays où sévit le fléau.

M. de Lallemand de son côté désire qu'il soit noté, et il tient beaucoup à cela, qu'il n'a jamais eu l'idée d'établir une antithèse entre l'hygiène, dans les mesures prophylactiques qu'elle conseille, et les mesures d'isolement. Il connaît l'importance des premières et les apprécie tout autant que les autres, mais il croit, et c'est là dessus qu'il insiste, que s'il y a une hygiène publique, très efficace et applicable à toutes les classes de la société, il y a aussi une hygiène privée, celle des habitations, par exemple, qui ne pouvant pas être appliquée sur une grande échelle ne pourrait profiter qu'à la classe aisée.

M.Maccas avoue que malgré l'attention qu'il a prêtée aux observations de M. Mühlig, il lui a été impossible de bien saisir le sens de sa proposition. Il préfère dire cela plutôt que de croire que M. Mühlig ait eu sérieusement la pensée de combattre ou d'amoindrir l'efficacité des mesures hygiéniques. Mais s'il a eu de la peine, dit M. Maccas, à approfondir autant qu'il l'aurait désiré les idées de M. Mühlig, il lui a été aisé de s'apercevoir que tant dans son premier discours que lorsqu'il a repris la parole, M.Mühlig a exprimé très-clairement, que les mesures hygiéniques ne peuvent pas être appliquées sur une grande échelle ; et que si on leur donne une trop grande importance, cela aura pour effet *d'affaiblir l'importance* due à l'isolement et à la désinfection.

M. Maccas pense que personne ne conteste l'importance de l'isolement. et si l'isolement, dit-il, pouvait être toujours et partout appliqué, aussi absolument qu'il est nécessaire pour atteindre le but de la prophylaxie, ce serait, sans aucun doute, le plus sûr moyen de nous garantir du fléau. Mais tout le monde connaît les difficultés qu'on rencontre dans son application et il est incontestable que dans quelques pays surtout elles sont si grandes que des hommes d'une grande autorité, bien connus par M. Mühlig, sont allés jusqu'à déclarer que *l'isolement absolu* est de toute impossibilité. Du reste. ajoute M. Maccas, il ne voit pas que dans l'article qu'on discute, la moindre allusion soit faite à une comparaison entre la désinfection, l'isolement et les mesures hygiéniques d'un autre ordre, au contraire, elles sont toutes, en plusieurs endroits, chaudement recommandées par la Commission elle-même. Mais au fond, se demande M. Maccas, pourrait-on contester que tant l'isolement que la désinfection ne soient eux-mêmes des mesures hygiéniques aussi bien que celles d'assainissement proprement dites ? Or, en accordant même pour un instant à M. Mühlig cette distinction, on ne pourrait que combattre son assertion, que les mesures hygiéniques ne peuvent être appliquées sur une échelle assez vaste pour que tous les habitants d'un pays puissent en profiter au même degré. M. Maccas professe une opinion toute contraire et il croit être en cela d'accord avec tous les médecins. Ce sont, à son avis, les bienfaits de l'hygiène publique, bienfaits qui dérivent des mesures d'assainissement exécutées dans un pays ou dans une ville, qui se répandent sur la population entière de cette ville ou de ce pays. Mais les mesures d'hygiène privée, selon M. Mühlig, ne peuvent pas être exécutées par tous les habitants. D'accord, mais si la sollicitude des autorités ne parvient pas à étendre les bienfaits de l'hygiène à toutes les classes de la société indistinctement, aussi efficacement que les riches, par leurs propres moyens, peuvent le faire, est-ce qu'il y a moins de difficultés pour la mise à exécution de la désinfection, comme la science l'entend aujourd'hui dans le sens d'une mesure préventive.

Lorsqu'on traitera, poursuit M. Maccas, de la désinfection, ou aura l'occasion de voir que cette mesure, pour atteindre son but, doit commencer autant que possible avant que l'épidémie ne se soit déclarée, et aussi qu'il faut qu'elle soit générale, journalière et on pourrait même dire de tous les instants, et après toute évacuation tant pendant le jour que dans la nuit,

car une seule évacuation infecte pourrait donner lieu à la multiplication du germe redouté. Il ressort de tout cela, fait observer M. Maccas, qu'il y a d'immenses difficultés tant pour les mesures hygièniques que pour les autres, et qu'on ne saurait exactement apprécier de quel des deux ordres de mesures la négligence pourrait porter le plus grand, et aussi le plus certain dommage à la masse des habitants.

M. Maccas déclare en terminant que bien qu'il soit partisan de l'isolement et de la désinfection, autant que M. Mühlig, il n'est pas moins un des défenseurs de l'opinion émise par la Commission.

M. Sawas avoue ne pas voir dans le rapport de la Commission la moindre allusion qui puisse autoriser à croire qu'elle recommande les mesures hygièniques au détriment de celles d'isolement et de désinfection.

Ceux qui combattent l'opinion de la Commission ont souvent, dit M. Sawas, prononcé les mots, hygiène *publique* et hygiène privée, mais l'idée de l'hygiène privée prédomine tellement que M. Mühlig a affirmé que l'hygiène ne peut rien sur les classes pauvres. Il oublie évidemment qu'il ne s'agit point ici de cette hygiène qui traite des mauvais effets de nos habits sur le jeu de nos organes, mais de l'hygiène en général, concernant les grands centres d'agglomération, de l'hygiène des grands ateliers, des ports, des chantiers, de celle qui traite de la canalisation des eaux, du dessèchement des marais etc., etc. Cette partie de l'hygiène s'occupe, dit M. Sawas, particulièrement de la classe indigente et il est notoire que le prolétariat, dans ces derniers temps, a été partout l'objet des plus louables efforts pour mettre à exécution les préceptes de l'hygiène publique, qui a pour but d'améliorer le sort de toutes les classes, mais surtout des classes pauvres qui ont le plus à en profiter.

M. Sawas aborde aussi la question soulevée par M. de Lallemand, à savoir, que l'hygiène privée n'est pas appelée à s'introduire dans le domicile du pauvre et à améliorer son état, et que par conséquent son rôle n'est pas aussi important que le croit la Commission ; M. Sawas s'inscrit contre une pareille assertion : il croit, au contraire, que le domicile du pauvre forme aujourd'hui dans l'ordre de l'hygiène l'objet des grands soins philantrophiques des gouvernements. En Angleterre, par exemple, que n'a-t-on pas fait dans ce genre? Mais aussi qu'on n'oublie pas, dit M. Sawas, que le pauvre ne vit que très-peu chez lui, presque point de tout. Il passe presque sa vie dans les ateliers, dans les grandes usines, dans les

ports. Or, il est évident que la science qui s'occupe spécialement des milieux où l'indigent passe son existence, doit lui profiter plus qu'à tout autre.

En se résumant M. Sawas dit que non-seulement il croit que la Commission n'a pas fait un pompeux panégyrique de l'hygiène, mais qu'au contraire elle n'a pas assez relevé le rôle qui lui revient. M. Sawas demande que l'article soit mis aux voix *tel quel.*

M. de Lallemand prévient qu'il sera obligé de voter contre cet article si on y maintient le mot *détruire.* Il pense qu'il serait suffisant de dire qu'il y a des moyens hygiéniques, des mesures d'assainissement capables d'amoindrir, de diminuer la prédisposition à l'infection cholérique.

M. Segovia lui fait observer que le mot détruire ne se trouve employé que dans la question formulée par la Commission.

M. Lenz croit que la Commission n'a rien exagéré. Tout le monde, dit-il, est d'accord sur l'efficacité des mesures hygiéniques, mais quelques-uns objectent qu'elles ne sont pas applicables sur une échelle assez vaste. Est ce que la Commission, se demande M. Lenz, a affirmé qu'elles le sont dès aujourd'hui? Non, elle a spécifié quand et sous quelles conditions elles pourront l'être : au fur et à mesure, a-t-elle dit, que les gouvernements et les populations comprendront que la plupart des endémies et des épidémies dérivent leur violence et leur extension de l'agglomération et des funestes habitudes qui s'y rattachent. Du reste M. Lenz croit que la question en elle-même ne se prête guère à la discussion. C'est une espèce de profession de foi de la Commission et chacun reste libre de voter sur cette question d'après la foi qu'il a dans l'efficacité des moyens hygièniques d'une part et dans le bon sens d'autre part des populations qui comprendront toujours mieux cette efficacité.

M. Bykow se range à l'avis de M. Monlau. Peut-être, dit-il, le but que la Commission se propose d'obtenir par les mesures qu'elle recommande est difficile à atteindre, peut-être aussi on ne parviendra jamais à détruire complètement la prédisposition à l'infection cholérique. Mais serait-ce une raison pour négliger l'emploi de pareilles mesures, et l'expérience n'a-t-elle pas prouvé que les travaux d'assainissement entrepris dans ces derniers temps ont grandement profité à la classe pauvre?

M. Segovia est d'avis que l'on adresse à tort à la Commission le reproche d'exagérer l'efficacité des mesures hygièniques. Si exagération existe

quelque part, dit M. Segovia, ce serait plutôt du côté de ceux qui combattent le rapport. En effet, d'après M. de Lallemand lui-même, ordinairement très mesuré dans son langage, la Commission a formulé une proposition impossible à réaliser, il croit que ce n'est qu'une utopie. Mais, ajoute M. Segovia, si on considère bien l'énoncé du rapport on verra que la Commission n'affirme pas, elle ne fait qu'espérer qu'avec le temps les mesures hygièniques, appliquées en grand, pourront amoindrir et même détruire la prédisposition à l'infection cholérique. C'est plutôt un vœu qu'elle émet, et ce vœu, pense M. Segovia, est non seulement d'une réalisation possible, mais on pourrait même soutenir que chez quelques nations il a déjà été réalisé. Dans l'idée de la Commission, poursuit M. Segovia, il n'est pas question de rendre riche le pauvre, mais seulement de le faire profiter, tout autant que la classe aisée, des bienfaits des mesures hygièniques. Pourrait-on nier, se demande M. Segovia, qu'en Angleterre le peuple ne soit aujourd'hui mieux nourri, qu'il mange plus de viande, qu'il est mieux garanti contre les intempéries atmosphériques, que par le passé. Donc, toutes les classes profitent presqu'au même degré, voilà pourquoi la Commission espère qu'un jour il sera donné à l'hygiène de détruire même la prédisposition à l'infection cholérique. M. Segovia opine que le paragraphe est bien rédigé, et propose de mettre aux voix l'article tel quel.

M. Maccas, après avoir démontré qu'on ne gagnerait rien à supprimer le mot *détruire* qui se trouve seulement dans l'énoncé de la question, tandis que dans la réponse faite par la Commission il résulte qu'elle *espère* de parvenir un jour à détruire, propose aussi de voter l'article *tel quel.*

M. Gomez fait quelques observations sur le même sujet. On craint trop, dit-il, de voir dans le rapport exagérer l'importance des mesures hygièniques comme moyen de prophylaxie contre le choléra, exagération, pense-t-on, qui pourrait faire du tort aux mesures d'isolement et de désinfection, dans lesquelles on veut surtout trouver le moyen de salut. On est allé jusqu'à émettre des doutes sur l'efficacité même des mesures hygièniques et sur l'influence qu'elles pourraient exercer sur la partie la moins favorisée des populations des villes en temps d'épidémie.

En vérité, dit M. Gomez, on ne peut que s'étonner que pareilles opinions puissent venir d'un médecin, et si la Conférence, fait-il observer, devait se prononcer sur un tel débat, elle ne pourrait certainement que se compromettre aux yeux de l'Europe, comme M. Goodeve l'a très-judicieu-

sement dit. M. Gomez espère que la Conférence ne le fera pas, puisque ses opinions à ce sujet sont, dans le Rapport général, exposées dans un sens tout différent. Et comment pourrait-on, se demande M. Gomez, agir en opposition du mouvement qui porte partout les gouvernements à employer dans la plus vaste échelle les mesures d'hygiène publique, et lorsque les médecins de tous les pays se croient en devoir d'être, par leurs conseils, les premiers à seconder l'impulsion donnée? L'hygiène, pense M. Gomez, n'est que la civilisation, et ce n'est que par elle que la peste et d'autres fléaux ont disparu du sein de l'Europe. Il ne faut pas, conclut M. Gomez, chercher à ébranler la foi qui nous fait raisonnablement espérer que par l'hygiène on parviendra à diminuer de beaucoup, sinon à détruire tout-à-fait les ravages du choléra partout où il peut se manifester. M. Gomez insiste pour que l'on vote l'article tel quel.

M. Fauvel croit que la discussion est née d'un malentendu, mais qu'au fond tous sont d'accord, et ne diffèrent que dans la manière d'envisager la question. Il est incontestablement vrai, pense M. Fauvel, et l'histoire en fait foi, qu'il y a des mesures d'hygiène capables de détruire la prédisposition. Mais là, croit-il, n'est pas le point contesté. MM. Mühlig et de Lallemand se demandent s'il y a des mesures d'hygiène qui puissent être assez générales pour détruire non pas dans une localité donnée, mais à une grande étendue, toute prédisposition au choléra. M. Fauvel ne trouve pas que la Commission se soit là-dessus prononcée d'une manière trop affirmative. Elle n'a ait qu'émettre un vœu. par conséquent l'article peut être adopté *tel quel*.

M. de Lallemand déclare qu'après les explications données tout le monde s'entend. On n'a discuté que pour savoir si l'on peut espérer de parvenir à détruire le choléra comme on a détruit beaucoup de foyers palustres. Voilà ce que M. de Lallemand ne peut pas croire.

Sur la demande générale, S. Exc. le président met aux voix le supplément du quatrième chapitre. Il est adopté à l'unanimité.

M. de Noidans donne lecture du 5^{me} chap. et s'arrête à page 40, plusieurs délégués ayant demandé la parole pour faire des observations.

M. Mühlig croit que la théorie de la commission sur l'assistance publique n'est pas assez justifiée par les faits. La commission, dit M. Mühlig, émet l'avis que par certaines mesures, celles par exemple de l'assistance publique, il serait possible d'arrêter une épidémie cholérique ou bien de

diminuer son intensité. M. Mühlig ne partage pas cette opinion : une fois, croit-il, que le choléra a pris le développement d'une épidémie, aucun pouvoir humain ne pourrait arrêter sa marche.

L'importance de l'assistance publique repose sur la théorie qu'en traitant à temps la diarrhée on peut parvenir à empêcher le développement du choléra. C'est une opinion, dit M. Mühlig, assez répandue, mais que cette tendance existe, et le choléra éclatera quoi qu'on fasse et malgré le traitement institué contre les prodromes. Quand les conditions de l'attaque existent, c'est-à-dire l'intensité de l'intoxication et le défaut de résistance vitale, l'attaque cholérique aura infailliblement lieu. On parle dans le rapport, continue M. Mühlig, des statistiques cholériques concernant plusieurs villes entr'autres Munich. M. Mühlig a consulté celle de cette ville, mais n'a pas trouvé qu'il soit dit que l'assistance publique ait empêché le développement du choléra. Cela ne signifie pas, fait observer M. Mühlig, que l'assistance publique n'ait de grands avantages : seulement, la Commission a été trop loin : elle n'a pas été moins absolue que lorsqu'elle a déclaré qu'on peut prévenir le développement du choléra en traitant les diarrhées cholériques dès leur apparition. Ces diarrhées, d'après M. Mühlig, ne peuvent pas être traitées avec autant de succès que la Commission le croit. C'est pour cette raison qu'il a fait une réserve en signant le rapport.

M. Lenz oppose à ce raisonnement les observations suivantes. On nie, dit-il, l'efficacité des visites domiciliaires en disant que les diarrhées guéries par ces visites n'auraient pas été suivies de choléra, même si on ne les avait pas traitées, tandis, qu'au contraire, une diarrhée qui a la tendance à se développer à un plus haut degré de choléra le fera malgré tous les moyens préventifs. Il serait, selon M. Lenz, difficile de prouver le contraire, tandis que pour la thèse soutenue par la Commission il pourrait lui-même citer plusieurs exemples. Il se bornera aux suivants. A Londres on traita dans le courant de trois semaines (en 1849) par le moyen des visites domiciliaires 43,737 cas de diarrhée, dont 1000 avaient le caractère choléri forme (c'est-à dire, avaient l'aspect de l'eau de riz) de tout ce nombre 58 seulement dégénérèrent en choléra. Dans 15 grandes villes de l'Angleterre on traita, la même année et de la même manière préventive, un total de 130,000 diarrhées dont pas plus que 250 ne furent suivies de choléra. (Tardieu, dict, d'hygiène, tome 3.)

Mais on pourra toujours objecter, continue M. Lenz, que ces chiffres ne

prouvent rien, que les 130,000 diarrhées n'étaient en définitive, à l'exclusion des 250, que des diarrhées qui n'avaient aucune tendance à dégénérer en choléra. L'exemple suivant pourtant pourrait, pense M. Lenz, militer en faveur des visites domiciliaires d'une manière assez décisive. Dans la ville de Glascow on a fait le calcul de la mortalité du choléra par rapport à l'époque dans laquelle l'assistance médicale avait été offerte aux malades. Il ressort de ce tableau (dans lequel il n'est plus question de diarrhée prémonitoire, mais seulement de cas de choléra bien constaté) que de tous ceux qui avaient reçu des secours dans le courant des premières 6 heures après l'attaque n'ont succombé qu'à raison de 21 pour °/o ; que ceux qui ne furent visités par le médecin que de 6 à 12 heures après le commencement de l'attaque ont succombé à raison de 33 pour °/o et, finalement entre 12 et 24 h. depuis l'attaque 45 pour °/o. Si le secours était arrivé plus tard la mortalité a été de 66 pour °/o. *(Report of the general board of health on the épidemic cholera of 1848—49. London 1850).*

M. Lenz conclut que l'influence d'un prompt secours est, par les chiffres qu'il a rapportés, bien prouvé, et, que, par conséquent, les visites domiciliaires qui tendent à donner des secours dès l'apparition des premiers symptômes de la maladie sont pleinement justifiées.

M. Sawas, répondant aux observations de M. Mühlig, réfute en peu de mots sa manière de voir à propos de la diarrhée prémonitoire, car après le discours de M. Lenz, il ne lui reste pas beaucoup à dire. M. Mühlig s'élève contre une doctrine aujourd'hui admise par tous les praticiens. Lui-même a eu l'occasion de traiter par centaines des diarrhéiques qui grâce au traitement dirigé contre la diarrhée, ont échappé au choléra, même au plus fort d'une épidémie très-meurtrière, comme celle de Constantinople de l'année dernière. Il y a plus, dit M. Sawas, et il en a lui-même l'expérience. Il a vu aussi, par centaines, des individus qui n'ont eu le choléra que 3, 5, 6 et même 8 jours après l'apparition de la diarrhée, et, cela faute de soins. M. Sawas croit que ce que M. Mühlig propose serait pernicieux en pratique et ne pourrait que produire des effets fâcheux.

M.Bykow fait remarquer que d'après M. Mühlig, il s'en suivrait qu'il est plus facile de gouverner, pour ainsi dire, le choléra lorsqu'il a atteint le plus haut degré d'intensité, que lorsqu'il est à sa première période.

M. Gomez se croit en devoir, en sa qualité de médecin, d'appuyer M. Mühlig. Il croit avec lui qu'on a exagéré l'importance du traitement de la

diarrhée cholérique, comme moyen d'empêcher le développement du choléra. Maintes fois, dit M. Gomez, on a arrêté de simples cholérines et on a cru avoir arrêté des cas graves de choléra. C'est encore une des conséquences de ce qu'on n'a pas bien signalé une des formes de la maladie, celle qui ne va pas au delà des symptômes diarrhéiques, comme on l'a fait plus particulièrement dans ces derniers temps. Mais, ajoute M. Gomez, bien que les visites domiciliaires n'aient pas toute la valeur qu'on a voulu leur accorder, il suffit qu'elles puissent quelquefois sinon toujours empêcher le développement du choléra pour qu'on les considère comme utiles et avantageuses. Cela a eu lieu effectivement, en outre, elles seront toujours avantageuses comme moyen de soigner promptement les malades, et de veiller, d'une manière très-immédiate, sur tout ce qui concerne la salubrité des habitations et les conditions hygièniques dans lesquelles il faut tenir la population d'une ville. Les visites domiciliaires, conclut M. Gomez, ont rendu et sont appelées à rendre des services très-importants. Par conséquent la doctrine du rapport étant bonne il faut la maintenir.

M. Goodeve est aussi d'avis qu'il faut maintenir la conclusion de la Commission, car, elle est basée sur des faits et répond aux données de l'expérience. Dans beaucoup de régiments de l'armée anglaise, il est obligatoire, dit M. Goodeve, de combattre la diarrhée dès son apparition. M. Goodeve pense que l'opinion de M. Mühlig est trop générale, l'expérience ayant démontré que si même on ne réussit pas à empêcher l'attaque cholérique, on parvient, en arrêtant à temps la diarrhée qui la précède, à la rendre moins violente, et à abréger sa durée.

Quoi qu'il en soit, que l'on parvienne à arrêter l'attaque ou non, en arrêtant la diarrhée, ce sera toujours autant de gagné. La diarrhée en se prolongeant 3, 5 ou 8 jours aurait affaibli le malade, aurait diminué sa résistance vitale, et l'attaque l'aurait trouvé épuisé et incapable, peut-être de réagir et de résister à la violence de la maladie.

Non seulement, selon M. Goodeve, la Commission n'a pas exagéré le rôle du traitement préventif, mais elle est restée au dessous des limites du vrai. Si elle a été, fait observer M. Goodeve, si modérée à ce sujet, c'est par égard pour l'opinion de M. Mühlig qui en Commission a présenté les mêmes objections.

M. Monlau, après avoir démontré la grande importance des faits cités par M. Lenz, faits de nature à démontrer les grands avantages que la classe

pauvre retire des visites domiciliaires et du traitement immédiat anti-diarrhéique, répète ce que M. Goodeve a dit, à savoir que la Commission, par déférence envers M. Mühlig, n'a pas voulu s'exprimer d'une manière aussi formelle et aussi forte qu'elle aurait dû le faire. De toutes les manières, ces visites domiciliaires, comme l'a très-bien fait observer M. Gomez, sont sous plusieurs rapports très-utiles.

C'est un fait, dit M. Maccas, que personne malheureusement n'a pu, jusqu'aujourd'hui contester, que le choléra est une de ces maladies contre lesquelles, dès qu'elles sont confirmées, la thérapeutique est tellement faible, qu'on peut, sans exagération, avouer qu'elle reste, dans la plupart des cas, d'une complète inefficacité. C'est une raison de plus, selon M. Maccas, et on a toujours agi dans ce sens par rapport au choléra plus que pour toute autre maladie, d'agir sans perte de temps et pour ainsi dire d'urgence, de le surprendre à son début, et dans ses symptômes précurseurs, si cela est possible. C'est donc dans ce but qu'on a proposé et qu'on a employé, avec une utilité universellement reconnue, les visites domiciliaires. Mais, dit M. Maccas, à notre grand étonnement, M.Mühlig est venu jeter des doutes sur leur efficacité et presque sur leur utilité. Peut-être M. Mühlig a mal interprété les paroles de la Commission. M. Maccas ne pourrait autrement expliquer le fait qu'en supposant que M. Mühlig n'a pas bien saisi le sens du passage du rapport où il est dit *que ces visites ont même* pour but de prévenir le développement du choléra. Tant, dit M. Maccas, qu'il ne pourra avec des raisons scientifiques combattre l'assertion de la Commission qui insiste sur la nécessité d'employer les *visites domiciliaires* d'une manière *complète* et *consciencieuse*, M. Mühlig ne peut pas infirmer sa croyance touchant l'efficacité des visites domiciliaires que la Commission toutefois ne considère pas comme pouvant prévenir une épidémie, mais, d'après ce qu'elle dit dans son rapport, pouvant sauver beaucoup d'individus et affaiblir l'intensité de l'épidémie, si l'on ne réussit pas à l'étouffer. Il résulte donc, selon M. Maccas, que la Commission espère par ce moyen prévenir le développement et l'extension de l'épidémie et non pas l'invasion de la maladie.

M. Maccas ne partage pas non plus la manière de voir de M. Mühlig qui soutient que les visites domiciliaires n'ont pu,ni à Constantinople ni ailleurs, arrêter l'invasion et l'extension de la maladie, malgré leur application simultanée avec les autres mesures hygièniques. M. Maccas fait observer à

M. Mühlig que l'état hygiénique de beaucoup de quartiers de cette immense capitale et aussi de plusieurs villes de l'Europe n'est pas des plus satisfaisants, et que tant ici qu'ailleurs on se trouve au commencement plutôt qu'à la fin des mesures qu'il faudrait entreprendre à ce sujet. M. Maccas dit qu'il pourrait par différentes argumentations prouver l'immense utilité des visites domiciliaires, mais après tout ce qui a été dit il se croit dispensé de la faire, tout le monde, pense-t-il, est d'accord là dessus et M. Mühlig lui-même qui plusieurs fois a émis des idées très-justes sur la nature des diarrhées dites *prémonitoires*. Par conséquent M. Maccas se bornera à rappeler ceci: Que si autrefois on conseillait en Europe les visites domiciliaires, à une époque où l'on croyait par ce moyen prévenir les diarrhées qu'on considérait tout simplement comme des affections prédisposant au choléra, à bien plus forte raison on doit les conseiller et les employer aujourd'hui. Qui pourrait de nos jours, se demande M. Maccas, mettre en doute l'efficacité des premiers soins donnés par les visites domiciliaires aux personnes affectées de diarrhée? Et n'a-t-on pas reconnu que la plupart de ces diarrhées, ou tout au moins une grande partie sont le choléra lui-même. Sous une forme plus ou moins bénigne ou dans un stade peu avancé?

On voudrait, dit M. Maccas, en finissant, remettre en honneur l'axiome qu'il ne faut pas entreprendre de combattre une maladie avant qu'elle ne soit complètement développée.

M. Maccas est pour le maintien tel quel de l'article du Rapport.

M. Mühlig a le malheur, dit-il, de ne pas être compris. M. Maccas cependant a bien saisi le sens de ses observations. Ce n'est pas qu'il soit contraire aux visites domiciliaires, loin de là, seulement M. Mühlig croit qu'aucun moyen n'existe d'affaiblir l'intensité d'une épidémie, les visites domiciliaires ne pourraient, pas plus que d'autres moyens, le faire. Jusqu'à présent, dit M. Mühlig, les faits ont fait connaître l'impuissance de pareils moyens, car, dans toute épidémie on a vu une période ascendante que rien n'a pu entraver, et une période descendante qui procède d'elle-même sans l'aide d'aucun moyen. A Constantinople, fait remarquer M. Mühlig, il y a eu l'année passée une Commission extraordinaire qui agit avec non moins d'énergie que de bruit. Elle plaça des médecins partout, fit faire des fumigations, des visites domiciliaires et beaucoup d'autres choses, eh bien, malgré tout cela l'épidémie a été plus forte que jamais. M. Mühlig insiste sur ce point, à savoir, qu'il ne demande pas la suppression des visites

domiciliaires, mais qu'on s'abstienne d'exagérer le rôle qu'elles sont appelées à jouer comme moyen prophylactique.

M. Goodeve désirerait savoir si le système suivi à Constantinople par la Commission dont a parlé M. Mühlig, était aussi complet que celui proposé par le rapport: c'est-à-dire, si elle faisait comme on l'a fait en Angleterre des recherches journalières dans les maisons pour constater l'existence de la diarrhée, traiter immédiatement et à domicile les malades au moment de chaque visite domiciliaire. Ceci est l'unique système, grâce auquel on puisse obtenir d'heureux résultats, car il a été prouvé que le peuple ne recourt pas à temps aux médecins pour ce qu'il considère une simple diarrhée. Qu'on ne l'oublie pas, dit M. Goodeve, l'efficacité des visites domiciliaires dépend, comme la Commission a eu soin de le faire ressortir, de leur emploi méthodique et continuel.

M. Sawas en réponse à ce que M. Mühlig a dit relativement à la Commission extraordinaire d'hygiène de l'année passée, abstraction faite de l'esprit épigrammatique qui a dicté ses observations et que M. Sawas n'entend pas prendre au serieux, se croit pourtant en devoir de déclarer que cette Commission a fait beaucoup de bien. Cent cinquante médecins employés par cette Commission ont unanimement déclaré,et on n'a qu'à voir leurs rapports, que s'ils ont sauvé quelques malades c'est grâce au traitement immédiat institué contre la diarrhée prémonitoire. Tous ces médecins avaient reçu des instructions sévères d'être très attentifs dans leurs visites domiciliaires, d'épier, pour ainsi dire, la première manifestation prodromique du choléra et de combattre énergiquement la diarrhée dès son apparition. L'expérience, ajoute M. Sawas, a sanctionné l'efficacité de cette pratique qui a arraché à une mort certaine beaucoup de victimes. Du reste, dit M. Sawas, cette discussion a été rehaussée par les observations de M. Maccas et par les explications données par M. Mühlig lui-même. D'accord avec M. Mühlig sur ce point, à savoir que les visites domiciliaires n'ont pas le pouvoir d'arrêter définitivement une épidémie cholérique, M. Sawas croit, cependant, avec la Commission que les visites domiciliaires peuvent limiter une épidémie, mitiger sa violence et par conséquent elles doivent être recommandées.

M. Maccas ajoute encore quelques mots à propos de la désinfection. A la page 37 il est dit, dans le rapport de la Commission, que la désinfection devrait être exécutée *dès le début* d'une invasion. M. Maccas préférerait dire

dès l'approche de l'invasion ; aujourd'hui, fait-il observer, presque tous les médecins s'accordent à dire qu'il ne faut pas attendre que l'épidémie ait éclaté, pour agir. Mais il faut se mettre en garde contre elle et exécuter la désinfection et autres mesures préventives aussitôt qu'on apprend qu'elle est dans le voisinage.

M. Gomez et avec lui tout les membres de la Commission acceptent le changement proposé par M. Maccas.

Mais M. Bosi fait remarquer que s'il est hors de doute que la désinfection, comme M. Maccas l'entend, est un excellent moyen hygiènique général, cette désinfection, dans le sens de la Commission, se propose d'agir dans un but différent. On voudrait par son action, dit M. Bosi, détruire le germe morbifique, or, ce germe ne se produit qu'après les premiers cas, après la manifestation du choléra. Telle que M. Maccas la voudrait, la désinfection, ajoute M. Bosi, serait d'une application très-difficile, tandis qu'elle devient très-facile en l'appliquant après la manifestation des premiers cas. A l'appui de son assertion M. Bosi cite un fait qu'il a pu observer à Bologne dans l'épidémie de l'année passée : dans l'hôpital de cette ville il y avait un nombre assez fort de cholériques, et il y en avait aussi dans quelques maisons particulières. On a eu soin d'isoler immédiatement et les maisons et l'hôpital, et il n'y a eu à Bologne que 36 décès cholériques, tandis que dans d'autres villes de l'Italie le fléau a fait de grands ravages.

M. Pelikan appelle l'attention de l'honorable Conférence sur la recommandation faite par la Commission, page 37 de son rapport, de distribuer des exemplaires d'une *Instruction* populaire, et de dresser des statistiques exactes faisant l'historique de l'épidémie. M. Pelikan ne peut, dit-il, qu'approuver un pareil projet, mais il croit utile que la Commission, à l'exemple de Pettenkoffer et de Grisinger posât les bases de cette instruction et aussi des statistiques par elle recommandées. M. Pelikan propose donc que la Commission rédige une espèce de modèle et pour l'*Instruction* et pour les statistiques.

M. Monlau lui répond que cette instruction ne se référant qu'au régime alimentaire à observer en temps d'épidémie se trouve dans tous les traités d'hygiène, d'où on pourrait l'extraire en le modifiant d'après certaines circonstances inhérentes à des localités déterminées. Il y a par exemple, dit-il, des localités qui supportent impunément l'usage de certains fruits, de quelques légumes qui dans d'autres localités seraient tout à fait mal supportés.

La Commission, dit encore M. Monlau, a cru superflu de donner un modèle des statistiques qu'elle propose parce qu'il en existe d'excellentes : et parce qu'elle a cru que sa mission ne l'obligeait pas à faire cela.

Sur la demande générale S. Exc. le Président met aux voix le texte de la première partie du 5me chapitre.

Il est adopté à l'unanimité :

A propos du corollaire de cette partie, M. Bosi fait observer qu'un corollaire doit être le résumé des idées les plus saillantes développées dans le texte. Il voudrait, par conséquent, que dans ce corollaire on ajoutât quelques mots concernant l'isolement et la désinfection dont il n'est point question. Cela, pense-t-il, pourrait être placé après les mots, les secours immédiats, etc.

M. Bartoletti, de son côté, voudrait qu'au lieu de dire que tout cela constitue des mesures hygièniques et administratives très-efficaces, on mît dans le corollaire, très-utiles.

M. Maccas pense au contraire qu'au lieu d'amoindrir la force de l'expression on devrait l'énoncer d'une manière plus forte, en disant par exemple que ce sont des mesures *des plus efficaces.*

La Conférence se prononce en faveur de l'expression du rapport.

M. le Président met aux voix le corollaire.

Il est adopté à l'unanimité.

La séance est levée à 4 1/2 heures.

Ordre du jour de la prochaine séance.

Suite de la discussion du rapport et de l'appendice.

Le Président de la Conférence Sanitaire,

SALIH.

Les Secrétaires,

Dr Naranzi. — Bon de Collongue.

N° 27.

SÉANCE DU 20 AOUT 1866.

—

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 20 août, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa vingt-septième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour la Belgique :

M. le comte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour la France :

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes ;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

M. le Docteur Sawas Efendi, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Sauté ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

M le conseiller Docteur Bernardino Antonio Gomez, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Lenz, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. Oluf Stenersen, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

La séance est ouverte à midi :

Le procès-verbal de la 25e séance est lu par M. le Bon de Collongue, l'un des secrétaires, et adopté.

M. le Dr Mühlig signale l'omission de son nom sur la liste des membres présents aux séances Nos 21 et 23 dont les procès-verbaux viennent d'être distribués. M. le Dr Mühlig désire que cette erreur soit constatée.

La Conférence reprend ensuite la discussion du Rapport de la première commission du 3e groupe. M. le Cte de Noidans lit la seconde section du chapitre V de ce Rapport.

M. le Prof. Bosi, à propos de ce qui est dit, à la page 42, des avantages ou des inconvénients de l'émigration selon qu'elle s'opère avant ou après l'explosion du choléra, se demande si ce n'est pas établir un principe dangereux que de l'interdire dans ce dernier cas par la raison qu'elle pourrait compromettre la santé de quelques lieux encore indemnes et augmenter la terreur dans l'enceinte de la ville éprouvée, une ville ayant avec l'extérieur des relations forcées qui rendent impossible dans la pratique son isolement complet ; M. le Prof. Bosi, croit que loin d'interdire l'émigration même tardive, on pourrait au contraire la fa-

voriser sous certaines conditions ; ne pourrait-on pas par exemple assigner aux fuyards un emplacement, suffisamment éloigné tant de la ville atteinte du choléra que des localités environnantes où ils devraient purger une sorte de contumace, en un mot faire quarantaine, avant de continuer leur voyage ? M. le Prof. Bosi ne croit pas que l'on doive se préoccuper beaucoup de l'effet moral que l'émigration peut exercer sur une population déjà en proie à la panique puisque c'est cette panique même qui a provoqué l'émigration.

M. le Dr Monlau fait observer que cette quarantaine que M. le Prof. Bosi propose, serait impraticable et impossible dans la plupart des cas. La Commission ne demande pas que l'émigration tardive soit interdite, elle se borne à la déclarer dangereuse pour les localités encore indemnes où les fuyards vont chercher un asile ; elle la croit au surplus peu profitable à ces derniers qui partent dans de mauvaises conditions morales et que trop souvent la fuite ne suffit pas à mettre à l'abri des atteintes de la maladie. Quant à l'effet moral produit, il faut en tenir compte, ceux qui émigrent appartiennent toujours à la classe aisée et leur départ jette le découragement dans la partie moins fortunée de la population qui ne peut les imiter.

Le Dr Salem bey cite à l'appui des observations contenues dans le Rapport relativement à l'émigration tardive les faits observés en Egypte et notamment au Caire, pendant la dernière épidémie.

M. le Dr Gomez ne croit pas quant à lui que les quarantaines de terre soient possibles ; c'est du reste une question à examiner par la Commission chargée de l'étude des mesures quarantenaires. Quant à l'émigration, il faut la conseiller lorsque le choléra ne s'est pas encore déclaré ; après, elle devient évidemment un danger pour les localités où se réfugient les émigrants; s'il ne peut être question de l'empêcher, ce qui ne pouvait être dans la pensée de la Commission, ce n'en était pas moins un devoir pour elle que de signaler ce danger.

M. le Prof. Bosi déclarant qu'en présence de ces explications, il n'insiste pas sur son observation, M. le président met aux voix la fin du chapitre V. Le texte et la conclusion en sont successivement adoptés à l'unanimité.

L'adoption du texte du chapitre VI ne donne lieu à aucune observation.

Il n'en est pas de même de la conclusion que M. le Dr Bartoletti ne

trouve pas suffisamment affirmative. L'épithète *efficace* qu'il critiquait dans la conclusion du chapitre IV, lorsqu'il s'agissait de l'assainissement des villes comme moyen préventif pour s'opposer à la réception du choléra, lui aurait paru devoir être employée là. Il est avéré que les mesures de désinfections par l'aération, le lavage et les moyens chimiques combinées avec l'isolement, détruisent le germe cholérique. Dire qu'elles sont un auxiliaire *puissant* ne suffit pas.

M. le Dr Mühlig et M. le Dr Maccas répondent qu'on ne peut, en l'état de la science, se prononcer d'une manière affirmative ; si on consulte les ouvrages qui traitent des mesures de désinfection, on voit combien elles sont d'une application difficile. La science n'a pas dit son dernier mot, il ne faut affirmer que ce dont on est sûr.

M. le Dr Sawas partage cette manière de voir.

M. le Dr Bykow demande, de son côté, si on peut affirmer lorsque le germe cholérique a été détruit par la désinfection combinée avec l'isolement, que ce soit bien positivement l'effet de l'application de ces mesures. Peut-on être sûr que ce germe qui, d'après ce qu'on suppose généralement, n'aurait qu'une courte existence, ne se soit pas éteint de lui-même pendant la durée de la quarantaine ?

La suite de cette discussion est ajournée sur la proposition de M. le Dr Fauvel qui fait observer qu'elle sera continuée plus utilement lorsqu'on aura voté le Rapport de M. le Dr Mühlig sur *la désinfection* qui sert d'appendice à celui de la Commission.

M. le Cte de Noidans commence la lecture de ce Rapport.

Le 1er paragraphe est adopté sans observation.

M. le Dr Pelikan critique la classification des désinfectants et la distinction que le Rapport établit (§ II) entre eux quand à leur mode d'action. M. le Dr Pelikan déclare notamment ne pouvoir partager l'opinion de M. le Dr Mühlig sur l'*action corrosive* des moyens désinfectants pour les selles cholériques ; il trouve que l'hypothèse de M. le Dr Mühlig ne repose pas sur des bases assez solides pour être recommandée par la Conférence comme la plus concluante.

M. le Dr Mühlig croit qu'il faut éviter les discussions scientifiques qui ne sont pas l'affaire de la Conférence. Il se borne donc à répondre qu'il n'a pas entendu faire une classification des désinfectants ;

Le Rapport ne fait que mentionner les divers moyens de désinfection

signalés par les auteurs qui se sont occupés de ces questions.

M. le Dr Bykow conteste le rôle important que le Rapport attribue aux émanations ammoniacales dans la production du typhus, de la fièvre typhoïde et du choléra, et affirme que ce n'est que dans la fermentation des excréments que le danger existe.

M. le Dr Fauvel pense qu'au point de vue sanitaire on doit considérer comme désinfectant tout ce qui a pour effet de détruire le germe morbifique; toute la question est de trouver des désinfectants au moyen desquels on puisse arriver à ce résultat sans nuire à la substance à désinfecter. Il ne faut pas s'arrêter sur les classifications toujours incomplètes: ce qui importe et ce qui est surtout difficile, c'est l'application des divers modes de désinfection; on peut toujours détruire, mais on ne peut pas toujours appliquer.

M. le Dr Mühlig croit que c'est aller trop loin que d'affirmer qu'on puisse tout désinfecter, c'est là un point qui n'est pas encore démontré.

M. le Dr Sawas n'admet pas comme scientifiquement exacte la distinction que le Rapport établit entre les divers moyens chimiques de désinfection: on y présente *la causticité* comme une voie de désinfection à part, or, d'après M. le Dr Sawas, ce n'est qu'une qualité de certains agents chimiques, une résultante du jeu des affinités.

Le § 2 est mis aux voix et adopté à l'unanimité moins une voix, celle de M. le Dr Pelikan qui s'abstient.

M. le Dr Fauvel après avoir fait remarquer que les faits cités dans le § 3 paraissent des preuves concluantes de l'efficacité des désinfectants, se demande comment le Rapport a pu alors hésiter à affirmer cette efficacité; Y a-t-il donc d'autres faits contraires?

M. le Dr Mühlig répond qu'il croit à la puissance des mesures de désinfection, seulement les faits qui la prouvent sont trop peu nombreux pour qu'on puisse se prononcer d'une manière absolue.

Le § 3 est adopté à l'unanimité.

Il en est de même de la 1re section du § 4 de l'*aération.*

A propos de la 2me section du même paragraphe, M. le Dr Fauvel exprime le regret que le Rapport n'insiste pas davantage sur cette question si importante de la *calorification.* Si on pouvait généraliser l'emploi de la calorification et qu'on arrivât à user de ce moyen sans détruire la substance à désinfecter, on aurait obtenu un énorme résultat et trouvé le

désinfectant par excellence. Ne pourrait-on pas, sans aller si loin, détruire le germe cholérique par une température moins élevée que celle employée par le Dr Henri, de Manchester? C'est là une question qui méritait une étude toute particulière : si la réponse était affirmative, ne serait-ce pas en effet un précieux moyen de désinfection pour une foule de substances et un moyen facilement applicable, notamment à bord des navires et surtout des navires à vapeur, pour le linge, les hardes et les effets et même pour certaines marchandises?

M. le Dr Mühlig répond qu'il comprend comme M. le Dr Fauvel toute l'importance de la calorification comme désinfectant, seulement il ne connaît pas de cas où ce moyen de désinfection ait été appliqué au choléra. Malgré toutes ses recherches, il n'a trouvé d'autres faits à citer que ceux qui sont rapportés dans la note de la page 6, et il n'y est question que de la peste et de la scarlatine.

M. le Dr Millingen considère l'immersion dans l'eau bouillante ou dans la vapeur comme un moyen de désinfection éminemment efficace, cependant il n'en est pas fait mention dans le § de la *calorification* où il eut été à sa place naturelle, non plus que dans le § suivant qui traite seulement de l'immersion dans l'eau froide.

M. le Dr Goodeve préfère l'immersion dans l'eau froide, mais mélangée de substances désinfectantes. L'immersion efficace si l'eau est bouillante, cesse de l'être si l'eau est seulement échauffée et elle devient même alors plutôt dangereuse : la température dans ce cas n'est plus assez élevée pour détruire le germe morbifique et il y a à craindre que ce germe ne se répande avec la vapeur qui se dégage. C'est à cette cause que beaucoup de personnes attribuent les cas de choléra si nombreux qu'on observe parmi les blanchisseuses qui lavent le linge ou les effets des cholériques.

La 3me section est adoptée à l'unanimité.

M. le Dr Pelikan passe en revue les divers procédés chimiques de désinfection énumérés dans la 4me section. Il approuve ce qui est dit des bons effets de l'emploi du chlore, mais quant aux chlorures ne partage pas les opinions de M. le Dr Mühlig. Il n'admet pas non plus la préférence que le Rapport donne au chlorure de zinc sur le sulfate de fer. Ce dernier désinfectant qui se recommande par son bon marché, a donné les meilleurs résultats en Russie et en France surtout mélangé avec l'acide pyroligneux.

M. le Dr Pelikan conteste aussi la manière de voir de M. le Dr Mühlig en ce qui concerne la différence existant entre le chlorure de zinc et le sulfate de fer au point de vue de la désinfection des excréments: Dans son opinion le sulfate de fer et de même les autres sels métalliques ne sont pas en état de désinfecter complètement les excréments lorsque la décomposition putride a déjà eu lieu. M. le Dr Pelikan qui recommande le chlorure de magnésie dont il n'est pas fait mention dans le Rapport comme un moyen de désinfection peu coûteux et qu'il est facile de se procurer aux environs des fabriques de chlore, signale, en finissant, une erreur de typographie qui se trouve plusieurs fois reproduite dans le Rapport: c'est *hypoclorite* et non pas *hypochloride* qu'il faut dire.

M. le Dr Sotto trouve que ce qui manque surtout dans le Rapport, ce sont des faits. Quant à lui, il a employé avec succès le sulfate de fer à l'hôpital autrichien et aussi à bord des navires du Lloyd pendant la dernière épidémie. A l'hôpital autrichien où il y a eu 102 cholériques et où l'exiguité du local ne permettait pas de leur affecter des pièces suffisamment séparées, personne n'a été atteint ni parmi les autres malades au nombre d'une trentaine, ni parmi les douze employés de l'hôpital.

M. le Dr Mühlig répond que s'il n'a pas cité plus de faits, c'est malheureusement qu'il n'en connaissait pas davantage. A l'hôpital prussien on s'est servi du sulfate de fer pour la désinfection des fosses et des matières excrémentielles, et du chlorure de chaux pour celle des linges.

La 4me section est adoptée à l'unanimité moins une voix, celle de M. le Dr Pelikan qui s'abstient.

La séance est levée à 4 h. et demie.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Bon DE COLLONGUE — Dr NARANZI.

N° 28.

SÉANCE DU 23 AOUT 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 23 août, la Conférence Sanitaire nternationale a t enu sa vingt-huitième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. VETSERA, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur SOTTO, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour la Belgique :

M. le comte de NOIDANS, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes ;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

M le conseiller Docteur Bernardino Antonio Gomez, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Lenz, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. Oluf Stenersen, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

S. Exc. le Président donne la parole à MM. les secrétaires pour la lecture des procès-verbaux des deux dernières séances.

M. le Dr Naranzi donne lecture du procès-verbal de la séance du 18 août, et M. le Bon de Collongue de celui de la séance du 20 août. Ils sont approuvés à l'unanimité.

M. Lenz fait connaître que M. Segovia, président de la 1re Commission ne pouvant, à cause d'indisposition, assister à la séance, l'a chargé de présenter, et, de déposer sur le bureau, la note additionnelle au texte du chap. 8. (hygiène navale) du Rapport sur les mesures d'hygiène.

M. Lenz exprime au nom de la Commission le désir que cette note additionnelle soit portée à l'ordre du jour, pour être discutée, séance tenante, si le temps le permet. Admis.

M. de Lallemand fait une motion relative à la communication que, de concert avec son collègue M Fauvel, il avait faite à la Conférence le 31 mai. Cette communication ayant pour but la réforme du tarif sanitaire avait été ajournée pour donner à MM. les Délégués le temps de se pourvoir d'instructions de la part de leurs gouvernements. Depuis lors, 80 jours se sont écoulés, terme plus que suffisant, pense M. de Lallemand, pour

demander et recevoir les instructions qu'on croyait nécessaires. Comme la Conférence avait pris acte de sa communication, M. de Lallemand prévient qu'il se propose de soumettre, à la prochaine séance, une proposition à l'effet de savoir si la Conférence consent à nommer une Commission pour étudier la question de la réforme du tarif.

M. le Président passe à l'ordre du jour et donne la parole à M. Mühlig pour poursuivre la lecture de l'appendice concernant la désinfection appliquée au choléra.

M. Mühlig, après avoir rappelé qu'à la dernière séance on s'est arrêté au 5me titre, en reprend la lecture à page 11.

Il s'arrête à page 12, à la désinfection de l'eau potable, pour entendre les observations des orateurs qui ont demandé la parole.

M. Pelikan signale une contradiction qui selon lui existe entre ce qu'il est dit à la fin de la 10me page et ce qu'on soutient au commencement de la 11me. M. Pelikan voudrait savoir si les assertions de M. Mühlig sont basées sur une théorie chimique, si c'est la chimie ou la pratique qui lui ont révélé l'action du coaltar et des substances qu'il préconise. M. Pelikan pense que la chimie aussi bien que la pratique ont démontré le contraire. Ainsi, par exemple en France, dit-il, loin de craindre les mélanges de certains acides avec les sels désinfectants, on se sert avec succès de l'acide pyroligneux mêlé avec le sulfate de fer.

M Pelikan dit qu'il ne fait cette observation que dans le but d'être exact et pour ne pas induire en erreur ceux qui ne possèdent des connaissances chimiques.

M. Mühlig répond à l'observation de M Pelikan. La Commission, dit-il, n'a pas nié que l'on ne puisse avec succès employer plusieurs moyens, et rendre leur action plus intense par des mélanges bien faits. Mais elle a recommandé de ne point employer des mélanges qui se neutralisent ; M.Mühlig n'a pas voulu dire autre chose.Il n'y a d'après lui aucune contradiction dans les passages cités par M. Pelikan, il lui fait toutefois observer que l'emploi des moyens chimiques ne suffit pas pour désinfecter par exemple, le linge, les étoffes, etc. Qu'on immerge, dit-il, le linge dans une solution de chlorure de zinc, croit-on par cela seul l'avoir purifié? Non, il faut aussi l'aération, etc. Voilà ce qui ,dans l'idée du rapporteur, constitue une méthode de désinfection.

M. Pelikan avoue que M. Mühlig vient de s'expliquer mieux qu'il ne l'a fait dans son appendice.

M. Gomez fait observer que l'idée de l'auteur de l'appendice est juste, mais que la rédaction de celle-ci est inexacte.

En France, dit M. Gomez, on ne considère plus le chlorure de zinc comme le meilleur des désinfectants, car on s'est assuré qu'il ne peut neutraliser les gaz, et on emploie avec plus de confiance l'acide phénique mélangé avec le sulfate de fer.

M. Gomez est d'avis que l'observation de M. Pelikan perd de sa force en lisant tout le paragraphe, mais qu'elle est rigoureuse lorsqu'on s'arrête à la recommandation de l'auteur de n'employer qu'un seul moyen, dans la crainte de faire des mélanges capables de se neutraliser. Cela pourrait induire en erreur, dit M. Gomez, si on ne lisait plus loin qu'il faut éviter les mélanges avec des substances qui ont une action opposée. La Commission recommande les mélanges qui ne se neutralisent pas et dont l'action est une.

M. Millingen demande des explications sur la différence établie dans l'appendice ; à page 11me entre les déjections cholériques et les matières vomies. M. Millingen pense, et le Rapport général selon lui l'a bien établi, que tant les unes que les autres fournissent le *germe* cholérique, donc, M. Millingen voudrait supprimer le mot *peut-être*, par rapport aux matières vomies.

M. Mühlig lui répond que c'est précisément pour se conformer à l'esprit du Rapport général et aussi à l'opinion prévalente qu'il a employé relativement aux matières vomies le mot *peut-être*. On sait, dit-il, d'une manière positive que les déjections cholériques renferment le germe, mais on ne peut pas se prononcer d'une manière aussi catégorique par rapport aux matières vomies, car la chose n'a pas été prouvée, cependant le fait paraît très probable. Quoi qu'il en soit, dit M. Mühlig, l'appendice est écrite pour les médecins qui savent à quoi s'en tenir.

M. Goodeve croit que le dernier paragraphe du 5me titre devrait être rédigé avec plus de précision. M. Goodeve fait allusion au passage suivant «on commencera donc la désinfection des lieux d'aisance et des égouts d'une localité aussitôt qu'elle sera menacée d'une invasion cholérique. M. Goodeve voudrait qu'on y ajoutât et, surtout si on ne l'a pas fait dès que le chiffre des diarrhées a commencé à monter».

Le 5me titre est mis aux voix et adopté à l'unanimité, avec l'addition proposée par M. Goodeve.

M. Mühlig continue sa lecture jusqu'à la fin de la 14me page.

M. Gomez fait remarquer que l'auteur recommande à page 13 les fumigations et indique la manière de les pratiquer. Mais cette doctrine est contredite dans plusieurs passages de l'appendice, au 4me titre, par exemple, dit M. Gomez, l'auteur affirme que les fumigations sont d'une efficacité très-contestable, et le Rapport condamne presque les fumigations, ou les réduit à très peu de chose en contestant leur valeur. Il n'est que trop vrai, ajoute M. Gomez, qu'il y aurait de l'exagération à contester tout à fait la valeur des fumigations, car bien employées elles sont des moyens auxiliaires assez efficaces. M. Gomez voudrait faire disparaître ces petites contradictions qui se trouvent avec quelques autres dans l'appendice, et il croit qu'il faudrait mettre en harmonie, en changeant la rédaction, tous les passages qui se réfèrent à la même doctrine. M. Gomez, toujours dans le but de faire règner dans l'appendice l'exactitude scientifique la plus rigoureuse, voudrait changer l'expression suivante : l'acide phénique recèle un mordant (v. à page 9.) L'acide phénique, dit M. Gomez, ne récèle aucun mordant, bien qu'il soit lui-même un mordant, c'est-à-dire capable d'exercer une action mordante sur la fibre végétale. Recéler un mordant, signifie, d'après M. Gomez, renfermer, tenir caché un principe mordant, mais la composition chimique de l'acide phénique est bien connue, et l'analyse ne démontre aucunement l'existence d'un principe distinct.

Le mot récèle, pense M. Fauvel, ne signifie autre chose sinon que l'acide phénique, dont on ne connaît que la composition élémentaire et pas plus, est une substance qui a une action mordante sur la fibre végétale ou organique. Mais il pourrait se faire, dit M. Fauvel, que l'acide phénique récèle aussi un élément ou un principe qui soit d'une nature mordante, tout comme le tan qui par un principe spécial, l'acide tannique, agit sur les substances organiques pour les tanner.

M. Gomez réplique que si la langue française donne au mot *recéler* la même signification que M. Fauvel, qui est très-compétent, lui accorde, il n'en est pas de même en chimie, le mot recéler, d'après lui, a une toute autre signification.

M. Mühlig, en réponse à M. Gomez, avoue ne point trouver dans l'appendice les contradictions par lui signalées. Jusqu'à une certaine époque, dit-il, on a cru qu'il suffisait de fumiger pour purifier, et alors on avait la plus grande confiance dans le souffre. Aujourd'hui on est plus sceptique,

on a perdu la confiance absolue dans les fumigations de quelque nature qu'elles soient, car on a vu qu'avec les fumigations il faut employer d'autres moyens, par exemple l'aération, le blanchissage par la chaux, etc. Par conséquent, on veut les borner au rôle qu'elles peuvent avoir. Pour ce qui est de l'expression condamnée par M. Gomez, expression du reste empruntée à une pièce rédigée par un Français, M. Mühlig est tout-à-fait de l'avis de M. Fauvel.

M. Pelikan estime que les moyens recommandés par M. Mühlig pour la purifi cation des habitations, (v. p. 13 où il est dit :) on aspergera et on lavera ensuite tout l'intérieur de la maison, les murs, les plafonds et les Planchers avec une solution de chlorure de chaux ou d'acide phénique, présentent de la confusion et ne peuvent pas constituer une véritable méthode de désinfection. M. Pelikan demande à M. Mühlig s'il a jamais mis en pratique un pareil procédé. S'il l'a tiré de quelque auteur, il ne s'est pas donné assez de peine pour le soumettre à une critique chimique rigoureuse. Pourquoi, demande encore M. Pelikan, recourir au chlore gazeux (fumigations Guytoniennes)' et à l'acide sulfureux après l'emploi des chlorures, ou de l'aci.e phénique? Si les moyens proposés par M. Mühlig ne sont pas suffisants, pour sûr l'acide sulfureux qui est, selon M. Pelikan, un moyen beaucoup moins efficace que les précédents ne pourra être recommandé. M. Pelikan déclare qu'en fait de désinfection, comme de toute autre opération chimique il ne s'agit pas de proposer beaucoup de substances à employer indistinctement. La science prescrit de se servir méthodiquement de celles dont la valeur est sûre et le choix, l'acquisition faciles, et qui compromettent le moins la santé.

M. Pelikan trouve encore que M. Mühlig (à page 14) en proposant différents moyens pour désinfecter les marchandises commence par recommander l'aération et passe ensuite aux désinfectants chimiques sans mentionner l'*immersion*, opération qui, comme chacun sait, peut, dans certaines circonstances, être très-utile. M. Mühlig ne parle pas non plus des marchandises qui, selon les règlements quarantenaires en vigueur, doivent être détruites par la combustion par exemple, ou jetées dans l'eau, comme les substances organiques animales et végétales en décomposition, les provisions, etc.

Quant à la proposition de M. Mühlig de soumettre certaines marchandises, (outre les drilles et les chiffons, auxquels M. Mühlig a consacré un

paragraphe à part (V. l'app. à page 13.) M. Pelikan ne comprend pas quelles sont les marchandises que l'on pourrait sans risque de détérioration plonger dans une solution de chlorure de zinc. M. Pelikan croit qu'une pareille pratique ne mérite pas même d'être l'objet d'observations sérieuses, et aucune administration, pense-t-il, ne voudrait suivre les conseils de la Conférence, si de tels moyens venaient à être proposés et recommandés par elle. Du reste, dit M. Pelikan en finissant, la question de la désinfection des marchandises entre, par décision de la Conférence, dans le programme de la Commission sur les mesures de quarantaine, et cette Commission dont M. Pelikan fait partie aura, dit-il, bientôt l'honneur de soumettre à l'appréciation de la Conférence cette même question traitée avec tous les détails désirables.

M. Salem bey, tout en se rangeant à l'avis de M. Mühlig, voudrait cependant que l'on fît dans l'appendice une distinction entre les marchandises relativement aux moyens de les purifier.

M. Bartoletti trouve que cette distinction serait dans l'appendice tout-à-fait superflue, cette question devant être traitée par une autre Commission.

M. Salem bey après cette observation retire sa motion.

M. Maccas, de son côté, croit nécessaire de spécifier dans l'appendice les cas et la nature des marchandises que l'on pourrait désinfecter par le chlorure de zinc. Cette substance, fait-il observer, est très-coûteuse. Comme ces cas ne sont pas spécifiés dans l'appendice. M. Maccas propose de supprimer des substances désinfectantes les marchandises, le chlorure de zinc.

M. Fauvel fait une simple observation à ce sujet. Plusieurs Délégués, dit-il, ont déclaré la guerre au chlorure de zinc, mais sans bien s'expliquer là-dessus. Le considèrent-ils comme un moyen bon ou mauvais ? il faudrait prouver qu'il est mauvais avant de le proscrire, or, les expériences qu'on en a faites prouvent que c'est un moyen très-efficace. Pourquoi donc voudrait-on le supprimer ? Il y a, ajoute M. Fauvel, une condition sous-entendue, elle est celle-ci, pourvu qu'il ne détruise ou qu'il ne détériore pas les marchandises, condition qui est d'ailleurs sous-entendue pour tous les autres moyens.

Cette partie de l'appendice, jusqu'à la *désinfection des navires*, est mise aux voix et adoptée à l'unanimité moins MM. Maccas et Sotto qui se sont abstenus de voter.

M. Maccas motive son abstention. Après toutes les explications demandées on n'a fait, dit-il, que persister à mettre en avant les chiffons, sans nommer d'autres marchandises propres à être désinfectées par le chlorure de zinc. Cette manière est loin de satisfaire.

M. Sotto,de son côté,déclare qu'il s'est abstenu de voter pour les mêmes raisons.

M. Mühlig continue la lecture de l'appendice jusqu'à la conclusion : Elle est adoptée à l'unanimité des voix.

M. Fauvel demande la parole pour avoir des explications sur la première partie de la conclusion. Comment, se demande M. Fauvel, la désinfection pourrait-elle diminuer la réceptivité d'une localité menacée par le choléra? Il comprend que cela puisse être fait par l'hygiène, mais il ne conçoit pas que les désinfectants, qui n'ont d'autre action que de détruire les matières morbifiques, puissent donner un pareil résultat.

M. Mühlig lui répond que les désinfectants, comme il a été dit au commencement de l'appendice, peuvent être considérés sous deux points de vue distincts ; ils peuvent être employés pour détruire le germe morbifique et aussi pour empêcher le dégagement des gaz, pour détruire les émanations putrides ; or, c'est dans ce dernier sens qu'il est dit. que s'ils sont employés avant la manifestation de l'épidémie, ils peuvent diminuer la réceptivité d'une localité menacée par le choléra. M. Mühlig à l'appui de son dire cite un fait relatif à la ville d'Ulm, où tous les moyens de désinfection ayant été employés avant la manifestation de l'épidémie, le choléra n'y fit que peu de ravages.

M. Sotto désire savoir si sous la dénomination de *localité,* l'auteur de l'appendice a entendu parler d'un hôpital, d'un bourg et aussi d'une ville tout entière. La Commission, voudrait bien savoir M. Sotto, connaît-elle des villes qui aient été purifiées par les désinfectants ? M. Sotto opine qu'il faudrait supprimer ce passage, ou le modifier de manière à faire bien ressortir la signification du mot *localité.* L'expérience n'a pas encore démontré, pense-t-il, la possibilité de purifier, par les désinfectants, une ville tout entière.

M. Mühlig rappelle à M. Sotto qu'il vient de citer la ville d'Ulm qui a ressenti l'influence des moyens désinfectants qu'on y avait employés. Il pourrait donc, pense-t-il, laisser le mot *localité* qui ne peut nullement induire en erreur. Toutefois, il déclare que ce mot a été employé pour dési-

gner indistinctement les grands établissements, tels par exemple que les hôpitaux, les prisons, etc. A ce propos, M. Mühlig mentionne le fait relatif à une prison de Munich qui a été garantie contre le choléra par des moyens désinfectants.

S. Exc. le Président met aux voix la conclusion:

Elle est adoptée à l'unanimité.

M. Gomez demande à faire quelques observations techniques sur l'ensemble de l'appendice.

A page 8, dit M. Gomez, il y a une omission relative au procédé de Smith pour les fumigations nitriques. L'auteur de l'appendice a indiqué la proportion des substances à mélanger pour obtenir le dégagement des vapeurs d'acide nitreux, mais il a oublié de noter la dose qui est nécessaire pour désinfecter un espace déterminé.

A page 9, continue M. Gomez, il est dit que les chirurgiens américains, pour désinfecter l'air des appartements, faisaient évaporer des morceaux de draps imbibés d'une forte solution de permanganate de potasse. Le permanganate de potasse, fait observer M. Gomez, est effectivement un agent tres énergique pour neutraliser ou détruire les émanations organiques putrides : on s'en est servi comme d'un excellent réactif pour apprécier le degré d'impureté de l'air vicié par des matières organiques suspendues ou dissoutes dans l'atmosphère : c'est pour cela qu'il a été conseillé comme moyen purificateur. Toutefois, le permanganate de potasse n'étant pas une substance volatile qui puisse par l'évaporation se répandre dans l'air et y atteindre la matière infectante, il faut que par un courant convenablement établi, ce soit l'air qui aille successivement présenter cette matière à l'action du permanganate de potasse. La recommandation donc de faire évaporer une solution concentrée de ce sel pour purifier l'air des maisons exprime mal la valeur du procédé à suivre, et il serait à désirer que cette expression fût rédigée d'une manière plus précise.

M. Mühlig se borne à répondre que le procédé tel qu'il l'a décrit a été appliqué en Amérique, M. Mühlig relate le fait tel qu'il l'a trouvé consigné dans une gazette médicale américaine sans se prononcer sur sa valeur. Quant au passage qui a trait aux fumigations de Smith, il faut ajouter après le chiffre 15 le mot grammes.

M. Bykow signale une erreur typographique ; dans deux endroits de l'appendice on lit hypochloride de soude au lieu de hypochlorite de soude.

M. Bosi s'adresse à la Conférence pour savoir si le Rapport qu'on vient de discuter et d'approuver sera, comme on l'a fait pour le rapport-général, réimprimé avec l'indication en note des modifications adoptées par la Conférence. Il croit cela nécessaire, d'abord parce que la Conférence s'est déjà prononcé dans ce sens lorsqu'elle a autorisé la réimpression du rapport-général, ce qui établit un précédent et une formalité qu'il importe de respecter, et en second lieu, parce que le rapport dont il entend parler, se compose de trois pièces séparées, à savoir : le rapport, l'appendice et la note additionnelle. Tout cela, pense-t-il, doit faire un seul rapport, et ne pouvant pas subsister séparément, sa réimpression est de rigueur.

M. Fauvel lui fait observer que si le rapport-général a été réimprimé c'est parce qu'on n'en avait tiré que 250 exemplaires ; et qu'il n'avait pas été imprimé, comme annexe, dans le même format que les procès-verbaux. Pour ce qui est du rapport dont parle M. Bosi, la Commission a eu soin de le faire imprimer comme annexe, dans le même format que les procès-verbaux et en a fait tirer 650 exemplaires. Indépendamment de cela, à l'exception de quelques légers changements qu'il est aisé de trouver dans les procès-verbaux, il a été adopté, presque tel quel.

M. Fauvel opine qu'il serait inutile de le faire réimprimer.

M. Bartoletti parle dans le même sens.

M. Keun trouve que les observations de M. Bosi sont fondées sur un précédent établi par la Conférence, mais pour faire droit à l'observation de ceux qui mettent en avant des difficultés matérielles, il propose de réunir ensemble toutes les modifications qu'on a apportées au rapport, et d'ajouter une page, ou plusieurs s'il en faut, au rapport en question.

M. de Lallemand fait observer à M. Keun que si on faisait cela, les procès-verbaux perdraient beaucoup de leur intérêt et ne serviraient plus à rien. Ils ne sont intéressants que pour les discussions qui sont rapportées en détail. M. de Lenz se range à l'avis de M. de Lallemand, d'autant plus volontiers, dit-il, qu'il ne faut pas oublier que les rapports sont faits par les Commissions à la Conférence, et non pas par elle-même.

M. Bartoletti trouve cette discussion tout-à-fait inutile. A la fin de ses travaux, la Conférence pourra si elle le juge nécessaire, en faire un résumé, de même qu'après les rapports des trois Commissions on pourra donner en abrégé les points principaux adoptés par la Conférence. C'est ainsi, dit M. Bartoletti, qu'ont procédé les autres Conférences.

M. Maccas adhère à la manière de voir de M. Bartoletti.

M. Bosi accepte la proposition de M. Keun.

S. E. le Président consulte la Conférence.

Il est décidé de ne pas réimprimer le rapport de la 1re Commission.

M. de Lallemand propose de passer à la discussion de la Note additionnelle.

M. Maccas l'appuie.

S. Exc. ayant fait observer que l'heure est assez avancée, en remet la lecture et la discussion à la prochaine séance.

La séance est levée à h. 4 1/4.

Ordre du jour de la prochaine séance.

1° Lecture et discussion de la note additionnelle.

Proposition de M. de Lallemand concernant la réforme du tarif sanitaire.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Dr NARANZI.—Bon DE COLLONGUE

Annexe au procès-verbal de la 28me Séance.

NOTE ADDITIONNELLE

au texte du chapitre II (*Hygiène navale*) **du Rapport sur les mesures d'hygiène à prendre pour la préservation contre le Choléra asiatique.**

La Commission des mesures d'hygiène, ayant indiqué dans le chapitre de l'hygiène navale les points principaux sur lesquels il serait convenable d'appeler l'attention des Gouvernements, a exprimé le vœu que chaque pays rédigea un *Manuel* à l'usage de la marine marchande formulé sur ces points principaux. Mais la Conférence croyant utile de poser plus explicitement les bases d'un tel *Manuel*, la Commission s'est chargée de cette tâche et présente dans cette Note additionnelle au chapitre de l'hygiène navale les considérations qui doivent être généralement adoptées comme bases des mesures à prendre pendant le choléra et pouvant être insérées dans le Manuel à l'usage de la marine marchande, sans pourtant entrer dans des détails qui ne pourraient trouver leur place que dans un réglement.

La Commission a en vue surtout les navires destinés au transport de grandes agglomérations d'hommes (p. e. d'émigrants) comme les navires les plus propres à transporter l'épidémie; *mutatis mutandis* les mesures indiquées pour ces navires s'appliqueront facilement à tout autre bâtiment.

Nous suivrons dans cet aperçu le même ordre que dans le Rapport en divisant les mesures proposées en mesures de l'hygiène du départ et mesures de l'hygiène de la traversée, mais nous laisserons de coté les mesures de l'hygiène à l'arrivée parceque, pour un navire venant d'un port infecté par le choléra, celles-ci dépendent de l'administration quaranténaire et seront, par conséquent, traitées par une autre Commission; en revanche nous ajouterons quelques considérations sur :

Les navires mouillés dans un port contaminé. — Nous ne répéterons pas ici les préceptes de l'hygiène générale concernant toutes les mesures de préservation individuelle, non plus que les règles générales de l'hygiène navale concernant la propreté du bâtiment, sa ventilation etc, mais nous indiquerons seulement quelques points qui devront être pris en considération dans un port contaminé.

Ainsi nous recommandons dans ce cas comme mesures préservatives :

1. *Relativement au mouillage*, d'éviter le mouillage près d'un égoût aboutissant au port; de ne point amarrer le navire à la terre, autant que possible, mais d'en jeter l'ancre au contraire le plus loin possible; d'éviter enfin que plusieurs bâtiments se trouvent ancrés trop près l'un de l'autre.

2. *De soigner tout spécialement la sentine* et en enlever journellement l'eau après l'avoir désinfecté; les même mesures de désinfection doivent être prises pour les lieux d'aisance pendant toute l'épidémie.

3. *De ne pas faire usage et surtout de ne pas boire de l'eau de la rivière dans laquelle sont mouillés des navires*, du moins de l'eau puisée dans le voisinage ou au dessous du lieu de mouillage. Il serait même bien d'éviter tout à fait pendant l'épidémie de faire aiguade aux rivières qui passent par une grande ville.

4. *De veiller sur la santé de l'équipage* par des visites d'inspection répétées deux fois par jour par un médecin ou par le capitaine afin de constater s'il existe des cas de diarrhée. Tout malade de diarrhée devrait être transporté à l'hôpital et encore plus, chaque cas de choléra confirmé éclaté a bord; si, par une cause quelconque (épuisement du malade etc), le transport n'était pas possible, le malade doit du moins être séparé à bord du reste de l'équipage et couché dans un lieu accessible à une ample ventilation. Quant à la désinfection des vases qui reçoivent les déjections du malade, ou celle de ses effets et de la cabine dans laquelle il a été couché etc, elle suit les règles générales posées par nous pour la désinfection des navires. Le navire atteint par le choléra doit être éloigné autant que possible des autres et en certains cas il peut même être préférable de lui faire prendre le large.

Le chargement du bâtiment ne devrait-il pas être suspendu s'il y a du choléra à bord jusqu'à ce que le navire soit evacué des malades et la désinfection voulue operée? La Commission le croit nécessaire.

Police Sanitaire du départ. Chaque navire partant d'un port infecté offre un double danger : celui de voir éclater le choléra à son bord et celui de transporter la maladie à un port encore indemne. La tâche de l'administration du port de départ est de parer dans les limites du possible à ces deux dangers et sous ce rapport elle devra porter son attention sur les point ci-après :

1. *L'état de salubrité du navire et sa capacité.* Quant à l'un comme à l'autre nous n'avons rien à ajouter à ce que nous en avons dit dans notre Rapport si ce n'est qu'en partant d'un port où règne le choléra on ferait bien de réduire encore le nombre de passagers autorisé par la loi en temps ordinaire proportionnellement au tonnage du navire, pour éviter, autant que possible, l'encombrement et pour avoir la possibilité de séparer les malades des bien portants en cas d'invasion du choléra à bord. Autant dans le but de préserver les passagers des conditions fâcheuses d'encombrement et d'autres causes d'insalubrité, que dans celui de réstreindre l'émigration en masse d'un port déjà compromis il conviendrait peut être d'interdire pendant la durée de l'épidémie le transport de passagers aux navires marchands, c'est-à-dire à ceux destinés seulement au transport de marchandises. Nous laisserons à décider à chaque Gouvernement si dans ce second but on ne pourrait pas aller, dans des cas spéciaux, jusqu'à limiter considérablement l'embarquement des passagers de pont sur les paquet-bots.

2. *L'état sanitaire des hommes à embarquer.* Nous avons déjà dit dans le Rapport que le bon état de santé des hommes de l'équipage ainsi que des passagers doit être constaté sévèrement par un médecin. L'embarquement de sujets offrant des symptômes suspects, sera interdit ; toute diarrhée aigüe sera considérée comme suspecte ; quant aux diarrhées chroniques, comme elles surviennent surtout dans les pays chauds (par exemple dans l'Inde) et pour lesquelles souvent le seul moyen de salut est de changer d'air, on pourrait faire une exception en leur faveur, malgré l'endémicité du choléra, si leur nature chronique est constatée par un médecin.

3. *La qualité des provisions du navire.* Outre la quantité suffisante et la qualité irréprochable de l'eau et des vivres exigées en tout temps, il faudrait durant l'épidémie et surtout sur des bateaux ayant à bord des femmes et des enfants, éviter autant que possible, des aliments reconnus indigestes qui en amenant des troubles dans les voies digestives, pourraient favoriser l'explosion du choléra.

4. *La qualité des effets à usage.* Il faudrait interdire d'embarquer des vêtements ou du linge sales en y comprenant le linge porté par les individus embarqués ayant pu être souillés par des déjections cholériques ; leur lavage préalable et s'il y a lieu leur désinfection doivent être obligatoires et imposés comme condition à l'embarquement.

5. *La qualité des marchandises.* Outre l'accomplissement des conditions générales de salubrité des marchandises, exigées dans notre Rapport, on devrait interdire dans un port où règne le choléra l'embarquement de certains articles susceptibles au transport des maladies transmissibles plus que d'autres marchandises ; à cette catégorie d'objets dangereux appartiennent par exemple les peaux et encore plus les hardes, chiffons et drilles ayant peut-être servi à des cholériques. Les trois derniers articles ne devraient pas, même

après l'extinction de l'épidémie, être exportés qu'après une désinfection suffisante. L'embarquement des animaux vivants (comme objet de commerce) sur un navire transportant des passagers devrait être interdit à cause de l'encombrement et des sources d'infection encore augmentées par une telle surcharge et ses émanations.

6. *Les effets à usage des passagers et de l'équipage doivent être gardés dans un lieu tout à fait séparé de celui destiné aux marchandises* pour ne pas exposer les dernières à être contaminées par les premiers.

7. Enfin *la présence d'un médecin à bord* de chaque navire transportant un certain nombre de personnes (soit équipage soit passagers) à une certaine distance doit être obligatoire surtout en temps d'épidémie. L'observation de la même règle serait désirable pour des bâtiments transportant des pèlerins si toutefois son exécution y est possible.

Police sanitaire de la traversée. — Elle comprendra: 1° les mesures pour prévenir l'invasion du choléra et 2° les mesures à prendre en cas d'attaques du choléra à bord.

Sous le premier point de vue nous recommandons:

1. *Une surveillance rigoureuse de l'état sanitaire des passagers et de l'équipage* et à cet effet des visites d'inspection journalières par le médecin de bord ou par un officier de bord. Pour faciliter cette surveillance l'équipage et les passagers devront être informés par des *instructions* affichées dans les cabines etc., de l'importance de certaines mesures hygiéniques et surtout du danger d'une diarrhée négligée.

2. *Une ventilation continuelle de tout le navire* et surtout des cabines, du gaillard d'avant et de l'entrepont occupé par les passagers.

3. *Une aération fréquente des effets à usage des passagers et de l'équipage,* qui est d'autant plus nécessaire que c'est presque le seul moyen possible à bord d'un navire d'éviter le danger, provenant des émanations de ces effets souillés, le lavage du linge sale n'étant guère praticable pendant la traversée sur un bâtiment contenant un grand nombre de passagers. Afin d'éviter tout danger qui peut provenir de cette aération on aura soin d'exposer ces effets à usage à l'action de l'air libre toujours sous le vent du navire.

4. *D'entretenir la propreté des lieux d'aisance avec des soins minutieux ;* ils seront lavés chaque jour à plusieurs reprises et en ajoutant même à l'eau des désinfectants.

Sous le second point de vue nous insistons sur:

1. *La séparation des malades.* Il serait désirable d'éloigner, autant que possible, tout malade des hommes bien portants; mais comme l'espace limité d'un navire ne le permettra pas pour la plupart, il faut du moins séparer les malades présentant des cas de choléra constaté. L'on tâchera d'établir pour eux une espèce d'infirmerie isolée et, si la saison et le temps le permettent, située sur le pont même ou dans tout autre endroit accessible à une ample ventilation.

2. *Des mesures de désinfection immédiate ;* ces mesures doivent porter non seulement sur les déjections des malades, leur linge et effets à usage et leur literie, mais encore sur toute la cabine ou autre lieu qu'ils ont habité, duquel toutes les choses (meubles etc.) non strictement nécessaires à l'usage du malade devraient être éloignées dès le début de l'attaque. Une cabine qui a servi à un malade ne devra être réoccupée

qu'après sa désinfection et sa ventilation continuée pendant une semaine.

3. *Certaines mesures de précaution pour les personnes souffrant de diarrhée ;* on ne devrait pas laisser ces dernières se servir des lieux d'aisance communs à tous les passagers, mais leur assigner un lieu à part qui serait lavé avec addition de désinfectants plusieurs fois par jour.

4. *La Constatation dans le Journal du bord de tous les cas de maladie survenue pendant la traversée.* Le médecin doit tenir de son côté et sous sa responsabilité un *Journal* semblable, écrit par lui et constatant, outre les cas de maladie, toutes les conditions hygiéniques du navire pendant la traversée comme nourriture, propreté, ventilation etc.

En terminant nous croyons devoir émettre encore un avis sur la question :

Si le choléra éclate à bord pendant la traversée, vaut-il mieux continuer le voyage ou relâcher dans un port?

La solution de cette question dépend de plusieurs considérations dont nous ne pouvons mentionner que les principales sans vouloir toutefois leur attribuer une valeur absolue ; elles pourront servir de guide aux capitaines pour prendre une décision. La continuation du voyage ne nous semble pas augmenter le danger et serait même peut-être sous ce point de vue préférable à la relâche :

1. Si l'équipage et les passagers ont déjà subi l'influence de l'atmosphère cholérique.

2. Si les parages dans lesquels le bâtiment se trouve ou la saison, permettent de jouir d'une ample et continuelle ventilation.

3. Si l'état de salubrité du navire est satisfaisant et si surtout l'encombrement n'est pas considérable de manière à permettre la séparation des malades.

Dans les conditions contraires le retour au port de départ ou la relâche dans un autre port seraient préférables,

Après tout ce que nous venons de dire nous concluons qu'il faut éviter les inconvénients et les dangers provenants : *d'une mauvaise place de mouillage, de l'eau potable et des provisions mal choisies, de l'encombrement, de l'état sanitaire des hommes embarqués, de l'état des effets à usage, de la qualité des marchandises, du manque de séparation des malades, du défaut de ventilation du navire et de l'aération des effets à usage et surtout du manque de propreté des lieux d'aisance.*

Galata-Seraï, le 20 Août 1866,

IMPRIMERIE M. DE CASTRO. — Galata, rue Billour, No 4.

N° 29.

SÉANCE DU 25 AOUT 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 25 août, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa vingt-neuvième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour la Belgique :

M. le comte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires ;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes ;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

Mirza-Malkom-Khan, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur Sawas Efendi, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

M le conseiller Docteur Bernardino Antonio Gomez, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. le B^on^ Testa, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Lenz, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. Oluf Stenersen, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

La séance est ouverte à midi.

Le procès-verbal de la 28^me^ séance est lu par M. le D^r^ Naranzi, l'un des secrétaires, et adopté après quelques rectifications faites séance tenante.

M. le C^te^ de Lallemand, en sa qualité de président de la Commission chargée de l'étude des mesures à prendre en Orient pour prévenir de nouvelles invasions du choléra en Europe, dépose sur le Bureau le rapport de cette Commission *(annexe au présent procès-verbal)*.

La discussion en est mise à l'ordre du jour de la séance du lundi 27 août.

M. le D^r^ Lenz donne lecture de la note que, dans sa séance du 16 août, la Conférence a jugé nécessaire d'ajouter au chapitre II *(hygiène navale)* du

rapport sur les mesures d'hygiène à prendre pour la préservation contre le choléra.

M. le D. Sotto appelle, à propos du § 3 *(qualité des provisions des navires)* de la section de cette note relative à *la police sanitaire du départ* l'attention de la Conférence sur la question des vivres destinés à la nourriture de l'équipage. On fait encore usage de la viande salée à bord d'un certain nombre de navires; on devrait y renoncer en temps d'épidémie et, au moins pour les courtes traversées, recommander l'emploi de la viande fraiche.

M. le Dr Bykow croit que dans le § 4 de la section *de la police sanitaire de la traversée,* il eût été bon, après avoir recommandé d'entretenir la propreté des lieux d'aisance, d'insister sur l'importance qu'il y a à ce que le nombre en soit proportionné à celui des passagers. L'année dernière, pendant l'épidémie, un des navires de la compagnie Russe de navigation avait à bord 600 passagers de pont. Les deux seules latrines qui fussent affectées à ces passagers étant littéralement assiégées, il était impossible d'y entretenir la propreté nécessaire et de les désinfecter. Il se produisit des cas de cholérine et on dût installer des latrines provisoires. Immédiatement les cas de cholérine disparurent. M. le Dr Bykow tient ces détails du commandant du ce navire où le fait s'est produit.

M. le Dr Fauvel pense que dans la même section de la *police sanitaire de la traversée* et après avoir conseillé l'aération comme moyen de désinfection des effets à usage, il eût été intéressant de parler aussi de la calorification. Ne pourrait-on pas installer à bord des navires à vapeur une sorte d'étuve communiquant avec la machine, où les effets souillés seraient soumis à l'action de la vapeur? C'est là une question dont la Conférence s'est déjà occupée et qu'elle a jugée digne d'être étudiée.

MM. les Drs Sotto, Bykow et Fauvel se bornant à demander que les observations qui précèdent soient consignées au procès-verbal, M. le Président met aux voix la note additionnelle destinée à compléter le chapitre II du Rapport de la 1re Commission. Elle est adoptée à l'unanimité.

La conclusion de ce chapitre dont le vote avait été ajourné (voir procès-verbal n° 25) est également adoptée à l'unanimité moins quatre abstentions. (MM. Dr Millingen, Bon Testa, Dr Mühlig et Dr Salem Bey).

Des félicitations sont adressées, sur la proposition de M. le Dr Dikson, à M. le Dr Monlau, rapporteur de la 1re Commission, ainsi qu'à tous les membres de cette Commission.

M. le C^te^ de Lallemand, ainsi qu'il avait à la précédente séance annoncé l'intention de le faire, remet sur le tapis la question de la réforme du tarif des droits sanitaires dans les Ports Ottomans. M. le C^te^ de Lallemand demande, en se référant à sa communication du 31 mai, qu'une Commission soit nommée pour l'examen de cette question sur les bases indiquées dans la communication précitée.

M. Vetsera fait connaître qu'à la suite de la communication faite par M. le C^te^ de Lallemand à la séance du 31 mai, il avait demandé des instructions à Vienne à l'effet de savoir si le Gouvernement Impérial considérait on non ses délégués à la Conférence comme compétents pour discuter le tarif des droits de quarantaine dans les Ports Ottomans. La réponse du Gouvernement Impérial ayant été négative, M. Vetsera déclare que ni lui ni son collègue, M. le D^r^ Sotto, n'ont qualité pour prendre part à la discussion qui pourra être ouverte par rapport à cette question.

M. Vernoni annonce que les délégués Italiens ont reçu des instructions analogues. La Légation Royale a d'ailleurs été chargée de suivre directement avec la Sublime Porte cette importante affaire, et il y a lieu d'espérer qu'on arrivera bientôt à une solution satisfaisante.

M. le D^r^ Goodeve déclare que les délégués de la Grande Bretagne ne sont pas non plus autorisés à traiter la question.

M. le D^r^ Maccas fait la même déclaration pour les délégués de Grèce.

M. le D^r^ Pelikan n'a pas encore reçu les instructions qu'il s'était empressé de demander à S^t^-Pétersbourg.

M. le D^r^ Millingen fait connaître que les délégués des Pays Bas se trouvent dans le même cas.

M. le B^on^ Testa (pour la Prusse), M. le D^r^ Sawas (pour la Perse), M. Stenersen (pour la Suède et Norvège), M. le D. Gomez (pour le Portugal), M. Segovia (pour l'Espagne), M. le C^te^ de Noidans (pour la Belgique), M. le D^r^ Spadaro (pour le S^t^-Siège), déclarent au contraire qu'ils sont autorisés par leurs gouvernements respectifs à prendre part à la discussion.

S. Exc Salih effendi rappelle que les revenus de l'administration sanitaire Ottomane ne s'élèvent qu'au quart de la dépense et qu'il est impossible de faire supporter plus longtemps au trésor de l'empire une aussi lourde charge. Pour se préserver des invasions du fléau asiatique, il faut employer deux sortes de moyens, les moyens quarantenaires et les moyens hygiéniques ; tous deux exigent des dépenses considérables, or la Turquie

a non seulement à se préserver elle-même, mais encore, par suite de sa position géographique, à préserver l'Europe. Ces considérations et d'autres sur lesquelles S. Exc Salih effendi croit inutile de revenir, rendent indispensable une augmentation du tarif des droits sanitaires actuellement perçus dans les ports de l'empire. Il faut que ces droits soient mis en harmonie avec les dépenses, dépenses dont toute l'Europe profite, si l'on veut que la Turquie puisse exécuter les mesures sanitaires que la Conférence a pour mission d'élaborer.

M. Segovia fait remarquer que la Conférence se trouve dans de mauvaises conditions pour discuter une aussi grave question ; les vœux qu'elle exprimera n'auront-ils pas perdu beaucoup de leur valeur lorsque pour une raison ou pour une autre les délégués de plusieurs puissances et précisément ceux des puissances telles que l'Angleterre, la Grèce, la Russie l'Autriche et l'Italie qui, sont en raison de l'importance de leur navigation, les plus intressées, n'auront pas pris part à la discussion. M. Segovia se demande d'ailleurs sur quelles bases on pourra calculer la quotité des droits à établir sans s'immiscer dans les détails de l'administration Ottomane, ce qu'il n'appartient pas à la Conférence de faire. L'Espagne admet en principe la justice et la nécessité de l'augmentation des droits actuellement perçus, mais de même que quelques-unes des puissances représentées à la Conférence, elle n'a pas ou pour ainsi dire pas de rapports maritimes avec la Turquie; quelle sera l'autorité de ses délégués lorsqu'on discutera les questions de chiffres, possèdent-ils les données nécessaires pour le faire en connaissance de cause? M. Segovia ne le croit pas.

M. le Dr Fauvel n'admet pas la distinction que M. Segovia prétend établir en pareille matière entre les diverses puissances en raison de l'importance de leur navigation. Les décisions de la Conférence n'ont jamais été prises qu'à la majorité des voix des délégués présents, abstraction faite des puissances qu'ils représentent, encore plus de leur importance. Les votes de chaque délégué ont et doivent avoir la même valeur ; or, si l'on compte le nombre de ceux qui admettent la compétence de la Conférence, on voit qu'il dépasse celui des membres qui s'abstiennent, sans compter que parmi ces derniers, il en est dont l'abstention provient uniquement d'un manque d'instructions. Moins que jamais la valeur des votes ne saurait dans le cas présent être calculée d'après l'importance du commerce. Les charges doivent être proportionnées aux bénéfices et si le commerce maritime de la

Turquie se trouve presque tout entier entre les mains de quelques puissances seulement, ces puissances y trouvent des avantages qui ne sauraient entrer en parallèle avec le préjudice si minime que pourra leur causer l'élévation de droits évidemment insuffisants. M. le Dr Fauvel rappelle enfin qu'il ne s'agit pas seulement de protéger la Turquie, mais l'Europe tout entière et qu'à ce point de vue, toutes les puissances de l'Europe sont également intéressées à ce que la Turquie ait une bonne organisation sanitaire.

M le Dr Sawas appuie ces observations. Les recettes de l'administration sanitaire ne couvrent, comme on le sait, qu'un quart des frais ; Pour qu'elle puisse continuer à fonctionner, il est indispensable de remédier à un pareil état de choses : qui veut la fin veut les moyens. Les délégués Persans ont d'ailleurs le droit d'élever la voix dans une pareille discussion : leur pays n'a pas, il est vrai, de navires qui fréquentent les Ports Ottomans, mais toutes les marchandises qui viennent en Perse passent par la Turquie ; si on élève les droits sanitaires, le nolis des navires qui les apportent augmentera en proportion et par conséquent aussi le prix des marchandises elles-mêmes. La Perse est donc elle aussi sous ce rapport intéressée dans la question.

Le Dr Salem bey croit que les considérations qui viennent d'être exposées ont suffisamment démontré la nécessité de la réforme du tarif sanitaire Ottoman pour qu'il soit besoin d'insister à cet égard. On sait avec quel empressement et aux prix de quels sacrifices le Gouvernement Egyptien a appliqué, cette année, lors du retour des pèlerins de La Mecque, les mesures de précaution conseillées par la Conférence ; il n'est que juste d'aviser aux moyens de mettre les recettes de l'administration sanitaire en rapport avec les charges nouvelles qu'elle va se trouver avoir à supporter dans l'intérêt de tous.

M. le Prof. Bosi ne croit pas qu'on puisse nier que les puissances maritimes dont les navires auront à supporter les droits qu'il s'agit d'élever, ne soient pas les seules réellement intéressées dans la question. Lorsqu'en 1838 on institua en Turquie un service sanitaire, les puissances maritimes intéressées furent, en tous cas, les seules qui intervinrent dans les négociations pour la fixation du tarif. Le gouvernement Italien a pensé de même que les autres gouvernements qui ont donné pour instructions à leurs délégués de s'abstenir, et ce sont les états qui concourent pour la part la plus importante au mouvement maritime des Ports Ottomans, qu'une

Conférence où figurent les délégués des puissances qui n'ont pas de navigation dans le Levant fût compétente lorsqu'il s'agit d'une nouvelle imposition à établir sur la navigation étrangère. Les décisions de la fraction de la Conférence qui s'est prononcée pour la compétence ne sauraient évidemment obliger les Gouvernements dont les délégués s'abstiennent de prendre part à la discussion.

M. le C^te^ de Lallemand répond à M. le Prof. Bosi que les intéressés doivent certainement être entendus, mais que c'est aller trop loin que de prétendre qu'ils doivent être les seuls juges du débat. Revenant ensuite sur l'observation faite précédemment par M. Segovia que la Conférence est dépourvue des renseignements nécessaires pour se prononcer en connaissance de cause, M. le C^te^ de Lallemand fait observer que ces renseignements elle les possède en partie, et qu'en tout cas il sera facile de se les procurer. La Conférence pourra au surplus s'assurer de l'insuffisance des droits sanitaires inscrits au tarif ottoman rien qu'en les comparant avec les droits perçus dans les ports des autres états de l'Europe, c'est la manière de procéder à la fois la plus simple et la plus convaincante.

M. le D^r^ Sawas demande qu'il soit immédiatement procédé à la nomination de la Commission : la question de la compétence n'est plus à discuter après que la majorité de la Conférence s'est prononcée.

M. Vernoni n'admet pas que les instructions données par certains gouvernements à leurs délégués suffisent à établir la compétence de la Conférence.

M. le D^r^ Monlau croit inutile la nomination d'une Commission : l'insuffisance du tarif des droits sanitaires ottomans est un fait assez démontré pour que la Conférence puisse émettre une opinion immédiatement. Tout ce qui touche à l'administration intérieure lui est d'ailleurs interdit et elle ne peut donc entrer dans les détails de la question. Les délégués Espagnols ne voteront que sur le principe de l'augmentation du tarif, en exprimant le vœu que la solution de cette affaire soit accélérée autant que faire se pourra.

M. le D^r^ Fauvel fait observer que c'est là une véritable fin de non-recevoir. Tout le monde reconnait qu'il est juste d'augmenter le tarif actuel, ce qu'on demande à la Conférence est précisément d'examiner le nouveau tarif proposé dans ses détails.

M. Keun déclare que n'ayant pas encore reçu les instructions qu'il a

demandées, il n'a pu prendre part à cette discussion et qu'il doit même protester d'avance contre toutes les décisions qui pourraient être prises pour le cas où son gouvernement ne reconnaîtrait pas la compétence de la Conférence. M. Keun croit quant à lui que la question du tarif des droits sanitaires Ottomans, question qui est pendante depuis dix ans, est une affaire à débattre entre la Sublime Porte et les puissances intérressées par la voie diplomatique.

M. Stenersen trouve que quoiqu'on ait pu dire il est impossible d'admettre que les parties non intéressées puissent être bons juges dans cette affaire. La Conférence, tout en abordant la discussion du tarif, ne peut voir sans un vif regret que les Délégués des puissances principalement intéressées ne soient pas autorisées à y prendre part.

Quelques membres demandant la clôture de cette discussion, la Conférence consultée décide par 13 voix pour qu'il y a lieu de nommer une commission pour l'examen du projet de tarif sanitaire annexé à la communication faite par MM. les Délégués de France à la séance du 31 mai.

Ont voté pour :

MM. le Dr Spadaro, Comte de Lallemand, Dr Fauvel, Malkom Khan, Dr Sawas, Cher Pinto de Soveral, Dr Gomès, Bon Testa, Dr Muhlig, Stenersen, Dr Bon Hübsch, Dr Bartoletti et Dr Salem bey.

MM. Vetsera, Dr Sotto, Segovia, Dr Monlau, Dr Goodeve, Dr Dickson, Dr Maccas, Vernoni, Prof. Bosi, Keun, Dr Millingen, Dr Pélikan, Dr Bykow, déclarent s'abstenir.

M. le Dr Monlau fait observer que le résultat de la votation ne donne par la majorité *absolue* nécessaire pour que la Conférence prenne une décision ; il demande que ce vote soit annulé ou du moins qu'il soit constaté au procès-verbal que les 13 voix pour la nomination de la Commission ne constituent à son avis, ni la majorité des délégués présents (26), ni même la majorité des Puissances représentées.

Sont désignés pour faire partie de la Commission, MM. le Dr Spadaro, Cte de Lallemand, Dr Sawas, Cher Pinto de Soveral, Bon Testa, Stenersen, Dr Bartoletti.

La séance est levée à 4 1/2.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Bon DE COLLONGUE.—Dr NARANZI.

ANNEXE AU PROCÈS-VERBAL N° 29.

RAPPORT

SUR

LES MESURES A PRENDRE EN ORIENT

POUR

Prévenir de nouvelles invasions du choléra en Europe.

Fait par une Commission composée de MM. le Comte de Lallemand président, Kalergi secrétaire, de Krause, Vernoni, *diplomates*, et de MM. les Drs Bosi, Bykow, Fauvel, Polak, Salem, Sotto et Van-Geuns, *médecins* (1).

Dr A. Fauvel, *rapporteur*.

Messieurs,

Les questions dévolues à la 3me Commission comprennent l'étude du plus important des problèmes soumis à la Conférence. Rechercher jusqu'à quel point il est possible de prévenir de nouvelles invasions du choléra indien en Europe et indiquer les mesures praticables qui conviendraient le mieux pour obtenir ce résultat. Tel est le problème. Pour le résoudre la Commission a pensé qu'il con-

(1) MM. de Krause, Van-Geuns et Polak ont dû quitter Constantinople avant que la Commission eût achevé son travail. Les deux premiers de ces Messieurs n'ont pris part qu'à la discussion des deux premières questions. — M. Polak est parti dans le cours de la discussion sur le pèlerinage de La Mecque.

venait de l'étudier dans l'Inde d'abord, c'est-à-dire au foyer originel de la maladie, puis dans les pays intermédiaires que le choléra traverse avant de parvenir en Europe, et où il serait à désirer qu'on pût établir des barrières efficaces.

La Commission a donc divisé son travail en deux parties principales, l'une traitant des mesures à prendre dans l'Inde, et l'autre de celles à prendre dans les pays intermédiaires entre l'Inde et l'Europe. Puis elle a réparti méthodiquement dans ces deux chapitres toutes les questions qui lui ont paru se rattacher au problème à résoudre. Cependant la Commission a jugé utile de faire précéder l'étude des questions comprises dans ces deux chapitres de celle de deux autres, dont la solution préliminaire lui a semblé indispensable à l'objet de son travail.

CHAPITRE 1er

Questions Préliminaires.

I

La première de ces questions préliminaires est la suivante :

Si l'on pèse, d'un côté, les inconvénients qui résultent pour le commerce et pour les relations internationales, des mesures restrictives, et, de l'autre, la perturbation qui frappe l'industrie et les transactions commerciales à la suite d'une invasion de choléra, de quel côté croit-on que pencherait la balance ?

Cette question suppose résolue par l'affirmative celle de l'efficacité des mesures de quarantaine contre l'importation du choléra ; autrement il est clair qu'elle n'aurait pas de raison d'être. Or cette réponse affirmative ayant été déjà donnée par une autre Commission, nous n'avons pas à y revenir pour le moment ; nous nous réservons toutefois, en traitant la question qui va suivre, de mettre en évidence les conditions diverses qui font que les mesures de quarantaine n'ont pas toujours à beaucoup près la même efficacité, ni par conséquent le même degré d'utilité.

L'efficacité de mesures quarantenaires convenablement appliquées étant admise

d'une manière générale, il s'agit d'abord, pour répondre à la question posée, d'énumérer les inconvénients propres à ces mesures.

Considérés à un point de vue d'ensemble, ces inconvénients sont en rapport avec l'extension plus ou moins grande de la maladie et avec l'activité et l'importance des relations des contrées soumises aux mesures restrictives avec les autres pays.

Ainsi, il est évident que si le choléra occupe un foyer restreint, le dommage résultant de mesures restrictives, même très sévères, ne sera, en définitive, par rapport au reste du monde, qu'un dommage limité aux relations réciproques de ce foyer restreint avec les autres pays ; tandis que si le choléra s'est généralisé, si, par exemple, il a envahi le bassin de la Méditerranée où les relations sont si nombreuses, si actives, si impérieusement nécessaires, le dommage atteindra des proportions considérables, qui iront se multipliant, et d'autant plus qu'alors l'efficacité des mesures préventives deviendra moins certaine, par l'impossibilité de les appliquer d'une manière utile sur tous les points par où peut pénétrer la maladie. Tout cela est tellement manifeste que la Commission ne croit pas nécessaire d'y insister davantage.

Venons à l'énumération des inconvénients étudiés en eux-mêmes. Envisageons-les d'abord dans les localités soumises aux mesures restrictives.

Un pays mis en quarantaine voit de suite ses relations troublées, son commerce d'exportation entravé par les obstacles qu'il rencontre dans les pays où ces mesures restrictives sont en vigueur. Le préjudice est d'autant plus grand que les mesures sont plus sévères et qu'elles sont moins prévues. Au dommage causé par la perte de temps s'ajoute celui des frais de quarantaine qui augmentent le prix des marchandises. Les formalités quarantenaires ont pour effet de diminuer l'émigration des pays atteints de choléra ; mais ont-elles pour résultat d'aggraver le préjudice causé par l'épidémie elle-même ? Il n'en saurait être ainsi que dans la supposition où elles augmenteraient la misère dans le pays qu'elles frappent. On conçoit une telle conséquence si les mesures devaient être permanentes, parce qu'à la longue elles appauvriraient ce pays ; mais les épidémies de choléra sur un point donné ne sont ordinairement pas longues, et par suite les restrictions qu'elles entraînent sont transitoires ; de sorte qu'il est évident que quand le choléra sévit dans une localité, c'est la maladie qui y augmente la misère et non la quarantaine dont les provenances de cette localité sont frappées.

Le fait est que le dommage causé en pareil cas, se réduit à un trouble momen-

tané, à une perte d'argent proportionnée à l'importance des relations du pays atteint, et à la sévérité, ainsi qu'à l'imprévu des mesures restrictives. Et encore convient-il d'ajouter ici que d'honorables négociants ont fait remarquer à la Commission qu'une fois la quarantaine levée, le commerce reprenait de suite une activité qui pouvait compenser la perte subie précédemment.

Les inconvénients des mesures restrictives sont principalement ressentis dans les pays qui les imposent. En effet, ces pays, pour se préserver d'un mal qu'ils redoutent, frappent volontairement leurs propres transactions d'entraves dont le résultat est une diminution temporaire dans l'activité de ces transactions et un véritable impôt sur leur commerce. Si la restriction ne s'applique qu'à un point limité, le préjudice peut n'être pas bien grand, mais si, comme nous l'avons dit plus haut, la restriction s'applique à un grand nombre de points, et si le pays vit principalement de relations commerciales, le dommage peut atteindre des proportions sérieuses, et cela d'autant plus que, dans cette circonstance, il ne s'agit plus d'une seule épidémie circonscrite dont on peut calculer la durée, mais d'une série d'épidémies qui se succèdent et peuvent prolonger beaucoup le dommage. Il faut donc que dans ce cas le bénéfice de la mesure soit proportionné au mal qu'elle produit.

A la vérité, le grand dommage ici ne tient pas tant à la mesure en elle-même, réduite à son application utile, qu'aux vices de l'application et au défaut d'entente entre les différents Etats. Enfin, de l'avis de personnes compétentes et intéressées, il est incontestable que, dans le pays compromis, le trouble temporaire dans les relations, qui accompagne les mesures restrictives, est compensé par le redoublement d'activité qui suit leur cessation.

Voyons à présent quelles sont les conséquences d'une épidémie de choléra.

Quand un pays est en proie à une épidémie de choléra il y a d'abord à considérer la désolation causée par les ravages de la maladie ; puis les troubles qu'elle y porte dans les relations sociales et dans toutes les affaires. Sous ce dernier point de vue une épidémie grave de choléra est une grande calamité. Sous son influence, commerce et industrie sont immédiatement suspendus ; nulle autre préoccupation pour la masse du public que celle d'échapper à la mort ; transactions réduites aux choses d'absolue nécessité ; souvent disette ; toujours misère rapidement croissante pour le peuple ; et la ruine serait bientôt à craindre pour une cité commerçante ou industrieuse si une pareille situation se prolongeait, ou si elle se répétait souvent. De l'aveu des négociants, que nous avons consultés le dommage occasionné au commerce par les mesures

restrictives n'est rien comparé aux maux incalculables causés par les perturbations d'une épidémie comme celle qui a régné l'année dernière à Constantinople et dont les fâcheux effets sont loin d'être réparés. Le pays atteint de choléra souffre doublement, qu'on ait pris ou non des mesures de quarantaine contre lui. Il souffre de la maladie et puis dans ses intérêts commerciaux. Il est à remarquer que ce ne sont pas les commerçants qui se plaignent le plus des mesures restrictives ; parce que le commerçant calculateur y voit le moyen d'éviter un plus grand dommage pour son commerce, mais que ce sont surtout les gens de loisir, les touristes dont ces mesures contrarient les pérégrinations.

L'influence désastreuse d'une épidémie de choléra en Europe n'est pas limitée aux pays atteints ; elle a son retentissement naturel, non seulement dans ceux qui cherchent à se garantir par des mesures de quarantaine, mais encore dans ceux qui croient bon de n'opposer aucune barrière au fléau. Ces derniers en réalité — indépendamment des ravages de la maladie — souffrent par deux causes, par la diminution forcée de leurs relations commerciales avec les pays malades où les transactions sont paralysées, et par le fait des mesures prises par les pays voisins avec lesquels ils ont des relations obligées. Demandez à l'Angleterre si, l'an dernier, bien qu'elle n'eût institué chez elle aucune restriction, son commerce n'a pas souffert de l'épidémie qui régnait sur les bords de la Méditerranée et des restrictions qui s'y pratiquaient ? Ainsi le choléra par lui-même est une cause de grand préjudice pour le commerce, et il ne suffit pas d'admettre en libre pratique les provenances de choléra pour échapper aux inconvénients des mesures de quarantaine. Il faudrait pour cela n'avoir pas de rapports avec les pays où elles sont en vigueur, ou bien qu'elles ne fussent usitées nulle part.

Donc si l'on peut, par des mesures convenables, arrêter la marche envahissante du choléra, il y aura tout intérêt à les prendre, puisqu'elles n'aggraveront pas le trouble des transactions avec les pays atteints et qu'elles feront éviter le préjudice causé par les ravages de la maladie ; et comme on n'obtiendra jamais que les pays qui sont le plus exposées au choléra, et qui croient que l'intérêt dominant pour eux est de s'en garantir, s'abstiennent de telles mesures, il s'ensuit qu'il est d'intérêt commun qu'une entente internationale s'établisse à ce sujet.

Ce qu'il faut éviter, c'est l'emploi de mesures arbitraires, imprévues, et surtout de mesures inefficaces qui ne font que compliquer la situation sans utilité pratique. Il importe de porter le remède là ou le mal est attaquable, c'est-à-dire

là où, avec le moins de préjudice possible, on a chance de l'arrêter dans sa marche envahissante.

Conclusion :

La Commission est d'avis que *les mesures restrictives, connues d'avance et appliquées convenablement, sont beaucoup moins préjudiciables pour le commerce et les relations internationales que la perturbation qui frappe l'industrie et les transactions commerciales à la suite d'une invasion de choléra.*

Cette conclusion a été adoptée par tous les membres de la Commission, moins Mr. Van-Geuns.

II.

La seconde des questions préliminaires que la Commission a cru convenable de traiter, comme étant de nature à faciliter la solution du problème qui lui est confié, est celle-ci :

Ne faut-il pas partir du principe fondamental que plus les mesures quarantenaires et autres moyens prophylactiques sont appliqués près du foyer primitif, plus on peut compter sur leur efficacité ?

Il ne suffit pas, en effet, de déclarer que le choléra est transmissible et de dire, d'une manière générale, que les mesures de quarantaine convenablement appliquées sont efficaces contre l'importation de la maladie ; il faut, pour répondre au but de la Conférence, rechercher d'abord s'il ne serait pas possible, sinon d'étouffer, du moins de circonscrire le mal à son origine ; et, en tout cas, il importe d'indiquer les conditions les plus favorables à l'application des mesures propres à l'arrêter dans sa marche. Ce sont ces considérations qui ont déterminé le plan adopté par la Commission dans son travail.

Pour ce qui concerne la première partie de la tâche, on verra plus loin ce que propose la Commission pour arriver à restreindre le développement du choléra et à le circonscrire dans l'Inde ; mais comme il n'est pas probable que de longtemps encore on parvienne au résultat désiré, nous avons dû attacher une grande importance à la question des moyens restrictifs en dehors du foyer originel.

Or, s'il est vrai, comme nous l'avons dit plus haut, que les inconvénients des mesures de quarantaine augmentent avec la diffusion du choléra dans les pays

civilisés, en même temps qu'alors leur efficacité diminue, il s'ensuit tout naturellement que plus ces mesures seront appliquées près du foyer originel, dans des pays moins peuplés que l'Europe, où les relations sont moins actives et où existent des obstacles naturels à la marche du fléau, plus les chances de l'arrêter augmenteront et moins les mesures restrictives, fussent-elles mêmes très sévères, seront onéreuses. De sorte que rationnellement la question posée se trouve déjà résolue, en principe, par l'affirmative.

Mais il importe maintenant d'examiner jusqu'à quel point, dans les pays intermédiaires entre l'Inde et l'Europe, les mesures dont nous parlons sont praticables avec espérance de succès. Un coup d'œil rapide jeté sur la marche suivie jusqu'ici par le choléra pour pénétrer en Europe nous donnera quelque lumière à ce sujet.

Par *la voie de terre*, le choléra sort de l'Inde par les provinces du nord-ouest ; de là il envahit l'Afganistan, puis la Perse par Hérat et Mesched. Cette dernière ville, très importante par ses relations commerciales et parce qu'elle est le rendez-vous d'un grand pèlerinage, devient, par cela même, dès qu'elle est atteinte, un foyer d'émission considérable, d'où la maladie rayonne de divers côtés. C'est de Mesched qu'à divers reprises le choléra s'est propagé dans la Boukarie, et que, de là, traversant, les steppes de la Tartarie à l'est de la mer Caspienne et du lac d'Aral, il est parvenu en 1829 jusqu'à Orenbourg. De Mesched le rayonnement principal se fait, en raison de communications nombreuses, vers l'ouest, et la maladie ne tarde pas à gagner, par Astérabad, le littoral de la mer Caspienne et ensuite Téhéran. Ce que nous savons des épidémies de choléra en Perse nous montre que cette capitale devient à son tour un centre d'où la maladie, marchant dans plusieurs directions, tend à se généraliser ; au sud, elle se dirige vers Ispahan ; au sud-ouest, par Hamadan et Kirmanschah, elle gagne la Mésopotamie ; au nord-ouest, elle suit la route de Tauris, menace le territoire ottoman par Bayazid, et les provinces russes transcaucasiennes par Nakhtchivan ; mais la voie qu'elle a suivie de préférence pour pénétrer en Russie est plus au nord, le long du littoral de la Caspienne, par Recht, Lenkoran et Bakou. Il semble résulter des communications qui nous ont été faites par le M.D[r] Bykow, d'après des documents officiels, que c'est de ces ports que le choléra a été importé par mer à Astrakan, dans les trois épidémies dont cette ville a été le théâtre. Quoi qu'il en soit, c'est par Astrakan que le choléra pénétra en Europe en 1830, et c'est encore par cette ville, et en même temps des provinces transcaucasiennes, par le littoral de la mer Noire, qu'en 1847 eut lieu la seconde invasion.

Par *la voie maritime*, le choléra est exporté de l'Inde, vers l'ouest et le nord-ouest, particulièrement des ports de la côte de Malabar, et notamment de Bombay où il est endémique. Par suite de la proximité et du nombre des relations maritimes, la côte orientale de la péninsule arabique et le littoral de tout le Golfe persique sont les rivages le plus exposés à l'importation et ceux où le choléra règne avec le plus de fréquence après l'Inde ; si bien qu'on a pu se demander si cette maladie n'était pas endémique sur tout ce littoral.

La Perse de ce côté est donc exposée aux importations maritimes du choléra, et c'est, en effet, par cette voie qu'il a pénétré plusieurs fois dans ce pays et qu'on l'a vu aussi, par le Chatt-el-Arab, arriver à Bassora et envahir la province de Bagdad.

Sur la côte arabique, Maskat, par sa position, est un des points les plus compromis par le choléra. Les faits connus tendent aussi à établir que tout le littoral de l'Hadramouth jusqu'à l'entrée de la mer Rouge est assez souvent visité par cette maladie ; mais sur cette côte, on doit particulièremeut mentionner le port de Mokalla où les navires venant de l'Inde se ravitaillent fréquemment avant d'entrer dans la mer Rouge, et qui,par là,ainsi qu'on l'a vu l'année dernière,est exposé aux atteintes du choléra et peut devenir un foyer de propagation.

Les ports de l'Inde autres que ceux de la côte de Malabar contribuent de même à l'exportation du choléra, mais, vu la distance, ce n'est pas directement vers l'ouest, c'est-à-dire vers l'Arabie et la mer Rouge, que les provenances du Bengale, par exemple, propagent surtout la maladie ; c'est, à raison de la proximité, vers le sud-est, vers la presqu'île de Malacca et les îles hollandaises que s'établit de ce côté le principal courant d'exportation cholérique. Singapore, à l'extrémité de la presqu'île malaise, mérite, au point de vue qui nous occupe, une attention toute spéciale. Non seulement Singapore est un grand entrepôt commercial, mais, par ses rapports constants avec la péninsule indienne, elle paraît être aussi un entrepôt de choléra ; c'est de plus le rendez-vous d'un nombre considérable de pèlerins musulmans (en moyenne 8 à 10 mille chaque année) qui viennent de la Malaisie et de tout l'archipel indien, s'y embarquer pour se rendre à La Mecque. De la sorte, Singapore devient un des grands foyers de l'exportation maritime du choléra vers la mer Rouge. L'an dernier, c'est de ce point que sont partis les navires qui ont le plus souffert de la maladie pendant leur traversée ; et si l'on ajoute que l'embarquement des pèlerins s'y fait dans des conditions on ne peut plus fâcheuses, — comme cela résulte des renseignements données à ce sujet par nos collègues les Délégués hollandais, — on com-

prendra que pour le Hedjaz les provenances de Singapore doivent être comptées au nombre des plus compromettantes.

Arrivons maintenant à la mer Rouge qui est l'aboutissant de ces provenances, à raison du *Pèlerinage*, en même temps qu'elle est la voie la plus courte pour l'importation maritime du choléra en Europe. L'étude des faits montre que l'importation du choléra sur le littoral de la mer Rouge peut s'effectuer, ou par des navires venus directement de l'Inde — mais il semble qu'alors l'importation a eu lieu peut-être exclusivement par des navires chargés de pèlerins — ou d'une manière indirecte par des émissions de foyers secondaires existant sur le littoral arabique. Ainsi il est certain que l'année dernière le choléra sévissait à Mokalla avant d'avoir pénétré dans la mer Rouge ; de sorte que l'on ne saurait affirmer qu'il ait été importé dans le Hedjaz plutôt de l'Inde directement que de Mokalla. Quoi qu'il en soit, il n'est pas douteux que le choléra ne puisse être importé directement de l'Inde jusque dans la mer Rouge; mais cette possibilité une fois admise il faut bien reconnaître qu'en dehors des conditions de misère et d'encombrement, telles qu'on les rencontre sur les navires chargés de pèlerins, l'expérience a prouvé que le fait ne saurait être qu'exceptionnel.

Nous avons vu qu'en dehors de l'Inde proprement dite, les pays maritimes où le choléra régnait le plus fréquemment étaient, du côté de l'ouest, la terre d'Oman (Maskat) et les rivages du golfe Persique, c'est-à-dire les contrées les plus rapprochées de l'Inde et celles qui ont le plus de relations avec les ports indiens : d'où l'on est amené à conclure que les chances d'importation par mer du choléra diminuent avec la distance, sans toutefois être entièrement annulées. En ce qui concerne la mer Rouge, l'observation de l'année dernière fait voir en effet que si l'importation directe n'y a pas été rigoureusement démontrée, elle doit être au moins considérée comme probable ; elle montre aussi qu'outre ce danger il en existe un autre plus redoutable encore, parce qu'il est plus difficile à éviter ; nous voulons parler de l'importation indirecte par des foyers secondaires de la côté de l'Hadramouth.

Enfin, si le choléra est importé dans la mer Rouge, si à la suite des pèlerins il pénètre dans le Hedjaz, et si, faute d'être enrayé dans sa marche, il envahit l'Egypte, le danger est aux portes de l'Europe, et l'importation y est infaillible si des mesures sérieuses ne s'y opposent pas.

Après ce court aperçu, reprenons la question sous le rapport des probabilités qu'il y a de pouvoir arrêter, dans sa marche, soit par terre, soit par mer, le choléra sorti de l'Inde.

Par terre, nous avons dit que le choléra sortait de l'Inde par les provinces du nord-ouest et gagnait la Perse à travers l'Afghanistan. Il en est ainsi parce que de ce côté sont les seules routes fréquentées qui unissent ces divers pays ; tandis que, plus au sud et dans la contrée connue sous le nom de Bélouchistan, il y a de vastes déserts qui sont un obstacle naturel à la marche envahissante de la maladie. Le fait est que jamais on n'a signalé l'envahissement de la Perse par le choléra qui serait venu de ce côté.

Bien que les routes qui mènent du Pendjab à travers l'Afghanistan ne soient pas des plus faciles et qu'elles se prêteraient fort bien à des précautions restrictives, il n'y a pas lieu de songer sérieusement à l'institution, dans ces pays barbares, de mesures propres à venir en aide aux obstacles naturels, pour y arrêter l'extension du choléra. Nous croyons qu'il y aurait beaucoup plus à attendre, sous ce rapport, d'un système de précautions organisé dans le Pendjab même, par les soins du gouvernement anglais.

Venons à la Perse. Ce pays joue un grand rôle dans la propagation du choléra par terre. Principale victime des émissions de choléra de l'Inde, soit du côté de terre, soit par mer, la Perse, à raison de ses relations nombreuses, devient à son tour, comme on l'a vu plus haut, un foyer secondaire d'où la maladie rayonne au loin. Il y aurait donc un grand intérêt à préserver la Perse contre l'importation du choléra. Est-il permis d'espérer qu'on puisse y parvenir ? A ne considérer que les obstables naturels qui limitent, dans le nord-est de ce pays, les routes suivies par le fléau ; en tenant compte de la position d'Hérat qui, placée dans une sorte de défilé entre de hautes montagnes et le désert, est, au point de vue stratégique par rapport au choléra, le passage principal, peut-être le seul, par où la maladie ait pénétré, de ce côté, en Perse, il semblerait que là se trouvent des conditions très favorables pour mettre une barrière à l'invasion de la maladie, et l'empêcher d'envahir la ville si importante de Mesched qui, une fois atteinte, devient, par les raisons exposées plus haut, un foyer très-actif de dissémination. Mais ce qui semble ici théoriquement très-possible, l'est-il en réalité dans la pratique ? Le gouvernement persan a-t-il en mains les moyens propres à faire fonctionner utilement les mesures convenables ? Cela est très douteux. D'un autre côté le gouvernement persan est-il dans la possibilité d'instituer, sur ses frontières maritimes dans la Golfe, un système sanitaire capable d'empêcher par cette voie l'importation du choléra ? De ce côté les difficultés seraient moins grandes sans doute ; mais il faudrait encore que l'Imam de Maskat, détenteur du

port important de Bender-Abas, et de presque toute la navigation dans ces parages, consentît à s'associer aux mesures à prendre.

Que ces mesures soient réalisables ou non, il est du devoir de la Commission de signaler l'importance capitale qu'il y aurait à préserver la Perse des invasions cholériques et d'indiquer les moyens d'y parvenir ; car, au point de vue de la généralisation de la maladie, là, pour la voie de terre, est le nœud de la question.

En effet, une fois la Perse envahie, les difficultés augmentent avec la dissémination de la maladie. Au nord d'Hérat et de Mesched, la route est ouverte vers la Boukarie et de là, par les routes de commerce à travers les steppes de la Tartarie, jusqu'aux confins de l'Empire russe. Au nord-ouest et à l'ouest, la ligne de défense se trouve reportée sur les frontières russes et ottomanes, c'est-à-dire sur un espace immense où l'imagination a peine à concevoir l'établissement d'une barrière efficace contre la marche envahissante du fléau. Cependant, en étudiant la question de près et en tenant compte des enseignements de l'expérience, on ne tarde pas à voir que la question n'est pas aussi difficile à résoudre qu'on pourrait le supposer de prime abord. En réalité les voies suivies par le choléra pour pénétrer en Russie et sur le territoire ottoman sont assez limitées ; ce sont les routes commerciales peu nombreuses qui unissent la Perse à la Russie et à la Turquie. Il y a d'abord la voie maritime d'Astérabad à Astrakan, à travers la mer Caspienne, qui, bien que n'ayant pas jusqu'ici contribué d'une manière certaine à l'importation du choléra en Russie, devrait néanmoins être surveillée d'une manière attentive. Il y a ensuite la voie beaucoup plus dangereuse, ainsi que l'a fait voir l'expérience, qui longe le littoral sud de la Caspienne et remonte au nord vers Bakou. Il y a encore la voie commerciale qui de Tauris conduit dans les provinces transcaucasiennes par Naktchivan ; tout en notant que jusqu'à présent le choléra n'a jamais pénétré dans ces provinces par cette route, mais qu'il l'a suivi[e] en 1847 pour repasser d'Erivan en Perse. A côté de ces voies principales il y en a sans doute d'autres, mais d'un accès difficile et par suite beaucoup moins à craindre. Le fait est que dans ces contrées le choléra a toujours suivi les grands chemins de communication.

Il peut y avoir, sans contredit, des difficultés à vaincre pour organiser une barrière efficace, sur toute la frontière qui s'étend d'Astara sur la mer Caspienne jusqu'au voisinage de Bayazid ; mais non des difficultés insurmontables pour le gouvernement russe. Au reste, l'institution d'un système de défense sur cette frontière ne serait pas une nouveauté ; ce système y est déjà organisé depuis longtemps ; il suffirait de le perfectionner.

Du côté de la Turquie, la ligne à défendre part de Bayazid au nord, au point de jonction des territoires russe, persan et turc,—en supposant que les provinces transcaucasiennes ne soient pas envahies, car autrement elle partirait de Batoum sur la mer Noire, — et va jusqu'au fond du golfe Persique. Cette ligne est gardée par des postes sanitaires qui en défendent les principales entrées. — La partie méridionale de cette ligne, depuis Khaneguine, a été, comme il a été dit ailleurs, souvent franchie par le choléra venant de Perse à la suite des pèlerins ; de sorte que si l'on ne parvenait pas à la faire fonctionner mieux que par le passé, ce serait une barrière illusoire. Il y aurait donc beaucoup à craindre que le choléra n'envahît les provinces ottomanes et consécutivement l'Europe par cette voie, si heureusement la marche de la maladie, de ce côté, ne se trouvait entravée par des obstacles naturels, c'est-à-dire par le désert qui sépare Bagdad de la Syrie et par la difficulté des communications en remontant le Tigre et l'Euphrate. Ces obstacles font que — sauf en deux circonstances (1823 et 1847) où le choléra a remonté la vallée du Tigre jusqu'à Diarbékir, pour de là gagner Orfa et Alep — toujours ces épidémies de choléra importées de Perse se sont éteintes dans la province de Bagdad. Néanmoins il est évident qu'il y aurait des mesures sérieuses à prendre de ce côté.

La partie septentrionale de la ligne, comprise entre Kotour et Bayazid, semblerait de prime abord très-dangereuse comme porte d'entrée en Turquie ; toutefois il est à remarquer que ce n'est pas par là, mais plus au nord, par Kars et par le littoral de la mer Noire, que le choléra venant des provinces russes a pénétré sur le territoire ottoman et s'y est étendu, ainsi qu'on l'a observé en 1847. Cependant comme cette partie de la ligne donne passage, près de Bayazid, à l'importante voie commerciale qui de Tauris aboutit à Trébizonde, c'est un point à ne pas négliger. C'est pour cela qu'on y trouve le principal lazaret de toute la frontière, à Kizil-Diza, où passe la dite route. Il faut que là, le cas échéant, les moyens d'action soient proportionnés à l'importance du mouvement commercial.

Quant à la portion intermédiaire, depuis Kotour jusqu'à Khaneguine, elle correspond à une région montagneuse du Kurdistan, occupée surtout par des nomades et qu'aucune route très fréquentée ne traverse. Il se trouve donc de ce côté des obstacles naturels, qui ne sont pas infranchissables, sans doute — nous en avons eu la preuve récemment,— mais qui pourraient le devenir à l'aide d'une bonne surveillance sur les principaux défilés.

Nous ne pousserons pas plus loin, du côté de terre, cette étude ; car dès que le choléra a envahi le bassin de la mer Noire, les obstacles naturels diminuent,

en même temps qu'augmentent les chances de diffusion générale et les inconvénients des mesures restrictives.

Revenons à la question maritime. On a vu que les côtes les plus voisines de l'Inde et qui ont le plus de relations avec ce pays sont les plus exposées à l'importation du choléra; que, par conséquent, le danger de l'importation, par cette voie, est en raison de la distance, c'est-à-dire du temps nécessaire pour aller d'un lieu infecté à un endroit sain. Toutefois, s'il est vrai qu'une longue traversée diminue les chances d'importation, elle ne les annule pas entièrement, et les faits témoignent que des navires encombrés où se développe le choléra peuvent recéler la maladie et la propager directement à des pays bien éloignés du point de départ. Si la mer, en tant qu'espace, est un obstacle infranchissable au choléra sans l'intermédiaire d'un navire, d'un autre côté, par cette intermédiaire, elle se prête aux communications rapides et les plus compromettantes ; mais comme ces communications sont de celles qu'il est le moins difficile de surveiller et d'assujétir à des mesures restrictives, il s'ensuit qu'en définitive la mer constitue un excellent obstacle qu'il est possible de rendre infranchissable au choléra. Il importe donc de voir comment, dans la question qui nous occupe, on peut mettre à profit cet obstacle.

Le choléra, avons-nous dit, peut être importé de l'Inde jusqu'au fond du golfe Persique et, indépendamment de la Perse, envahir par là directement le territoire ottoman. On a vu quelles en étaient alors les suites, et comment ce n'était pas de ce côté que se trouvait le plus grand danger pour l'Europe. Il y a néanmoins lieu d'insister sur les mesures à prendre pour préserver ce littoral.

De Maskat, de El-Katif, ou de tout autre point de la côte orientale de l'Arabie est-il à craindre que la maladie ne traverse la péninsule et atteigne le littoral de la mer Rouge? Il est douteux que le fait se soit jamais produit à raison des déserts à franchir ; tout au plus en conçoit-on la possibilité par le nord de la péninsule, à travers la région cultivée du Nedjd. Mais ce qui est beaucoup plus à redouter, c'est la propagation le long du littoral de l'Hadramouth, de port à port, comme il semble que la chose ait eu lieu plusieurs fois. Néanmoins, tant que la maladie n'a pas pénétré dans la mer Rouge, le danger n'est pas encore bien menaçant et il nous paraît qu'il est encore possible de le conjurer.

Le grand intérêt de la question de préservation commence là; car là se présente le premier obstacle sérieux à l'importation maritime du choléra vers l'Europe. Le détroit de Bab-el-Mandeb se présente en effet comme une barrière naturelle qu'il serait possible d'opposer à l'introduction de la maladie dans la mer Rouge. La

disposition du passage est on ne peut plus favorable à une exacte surveillance, et, s'il était possible d'organiser sur ce point des moyens d'action convenables, il est évident qu'on aurait presque entièrement résolu le problème d'empêcher l'importation du choléra par cette voie. C'est donc là qu'il faudrait instituer un premier obstacle ; aussi la Commission n'a-t-elle pas négligé d'étudier comment il serait possible d'y parvenir.

Supposons maintenant que, par suite de difficultés insurmontables, ou tout autre motif, cet obstacle ait été négligé, ou bien même qu'il n'ait pas suffi, et que le choléra ait envahi la mer Rouge, puis, comme d'ordinaire, le Hedjaz à la suite des pèlerins : le danger, à coup sûr, comme l'expérience l'a prouvé, serait devenu très-menaçant. La question alors serait de préserver l'Egypte contre l'invasion de la maladie, et, pour cela, on conviendra que des mesures sévères ne seraient pas inopportunes. Ces mesures constitueraient le second obstacle à l'importation.

Enfin, admettons que l'Egypte elle-même soit envahie : il ne resterait plus à l'Europe pour se préserver d'une invasion que la ressource de se prémunir contre les provenances égyptiennes. Or, dans cette circonstance, nous ne croyons pas qu'il serait impossible d'y parvenir. Il ne faut pas oublier que l'Egypte, à l'est et à l'ouest, est limitée par des déserts, et que, par ce fait, les provenances maritimes de ce pays sont de beaucoup le plus à craindre. Nous ne disons pas qu'il n'y aurait pas à se préserver des provenances de terre, surtout du côté de Suez, où les relations par terre avec la Syrie ont pris une grande extension depuis peu ; mais c'est du côté de la mer qu'il y aurait surtout à se prémunir. Eh bien, nous le demandons, si pour arriver à une protection efficace, il importait d'appliquer à l'Egypte des mesures rigoureuses, pendant la durée d'une épidémie ordinairement courte, ne conviendrait-il pas mieux, à tous les points de vue, dans l'intérêt de l'Europe, de se résigner aux inconvénients momentanés de ces mesures, plutôt que de mettre en pratique des formalités inefficaces qui ne garantiraient pas l'Europe contre l'invasion du fléau, ni contre les perturbations innombrables qui en sont la conséquence ? Pour nous, dans l'alternative, nous n'hésiterions pas à opter pour les mesures efficaces, fussent-elles même très-rigoureuses.

Ainsi, contre l'importation maritime du choléra en Europe, nous concevons trois séries d'obstacles échelonnés sur le trajet parcouru par le fléau : 1° mesures à l'entrée de la mer Rouge pour y empêcher la pénétration du choléra ; 2° mesures pour préserver l'Egypte si le littoral de la mer Rouge est envahi ; 3° enfin mesures contre l'Egypte pour garantir l'Europe.

Par cet exposé, nous croyons avoir répondu, dans la limite du possible, à la

question formulée en commençant. Oui, il est rationnel d'admettre que plus on appliquera les mesures prophylactiques contre le choléra près du foyer primitif de la maladie, et plus on pourra compter sur leur efficacité. Non seulement la raison conçoit que plus le foyer sera limité, moins il sera difficile de le circonscrire, mais encore l'étude des faits montre que les voies suivies par le choléra pour arriver en Europe sont beaucoup plus limitées et plus faciles à surveiller qu'on ne serait tenté de le croire de prime abord ; qu'ainsi au voisinage de l'Inde, par *la voie de terre*, il existe des obstacles naturels à la marche envahissante de la maladie, qui rétrécissent son champ d'expansion et retardent ses progrès, circonstances qu'il ne serait pas impossible de mettre à profit par des mesures appropriées ; tandis qu'à mesure que la maladie se répand et approche de l'Europe, plus les obstacles naturels diminuent, et plus les moyens d'action s'affaiblissent, en même temps qu'ils deviennent plus onéreux ; que, d'un autre côté, la *voie maritime* offre une barrière naturelle qu'il serait permis, presque à coup sûr, de rendre infranchissable. Par conséquent, l'étude de la question au point de vue pratique vient confirmer ce que le simple bon sens indiquait, savoir : que ce n'est pas en Europe qu'il faut attendre l'arrivée du choléra pour l'y combattre, mais bien que c'est au loin, sur les routes qu'il suit d'ordinaire, qu'il importe de s'efforcer de lui barrer le passage.

De ce que telle est la manière de voir de la Commission sur la direction principale à donner à l'emploi des mesures prophylactiques, doit-on conclure qu'elle méconnaisse les difficultés pratiques, les impossibilités même d'application que, dans l'état actuel des choses, le système qu'elle préconise doit certainement rencontrer ? Non, la Commission n'a aucune illusion sur ce point. Elle sait, particulièrement pour ce qui regarde les moyens d'empêcher, par terre, le choléra de se propager du côté de la Perse et de se répandre au delà, combien il y a peu d'espoir d'y réussir. Et cependant elle n'a pu s'empêcher de reconnaître que là était le point stratégique de la préservation générale. C'est donc, pour ce côté du problème, plutôt un plan, un sujet d'étude qu'elle propose qu'un système immédiatement réalisable. D'ailleurs la Commission, plus tard, quand elle entrera dans le détail des mesures, aura soin d'indiquer ce qui lui paraîtra devoir être d'une application immédiate.

Conclusion : — La Commission, par toutes les considérations qui précèdent, répond *que plus les mesures de quarantaine et les autres moyens prophylactiques contre le choléra seront appliqués près du foyer originel de la maladie, moins ces mesusures seraient onéreuses, et plus on pourrait compter sur leur efficacité* (en supposant

une application convenable) *au point de vue de la préservation de l'Europe.*(M. Polak s'est abstenu.)

Maintenant que la Commission a répondu aux deux questions préliminaires et qu'elle a développé son plan, il ne lui reste plus qu'à entrer dans le détail des mesures considérées en elles-mêmes.

CHAPITRE 2me

Mesures à prendre dans l'Inde.

III.

Y a-t-il lieu d'espérer qu'on puisse parvenir à éteindre le choléra dans l'Inde, ou du moins à y restreindre son développement épidémique ? Dans ce but, ne conviendrait-il pas, tout en poursuivant les améliorations hygiéniques déjà entreprises, de faire de nouvelles études sur l'endémicité de la maladie, études sur place qui exigeront beaucoup de temps et que le Gouvernement anglais seul est en mesure d'entreprendre ? Indiquer sur quelles particularités devraient porter ces études.

L'idée qu'il serait possible d'éteindre le choléra dans l'Inde s'est présentée à l'esprit de bien des médecins, et, à l'occasion de la dernière épidémie, on peut dire qu'elle s'est accréditée au point de devenir populaire. L'idée en elle-même est très-rationnelle. Le choléra *envahissant* que nous observons de nos jours étant nécessairement le fait de conditions nouvelles qui se sont produites dans l'Inde vers 1847, il est permis de concevoir que ces conditions nouvelles ne sont pas indélébiles, et que si l'on parvenait à déterminer les circonstances qui, dans certaines localités de l'Inde, y entretiennent la maladie, on réussirait à les faire disparaître et par suite à éteindre celle-ci. Les analogies ne manqueraient pas à l'appui de cette espérance. La peste, par exemple, que l'on considérait comme endémique dans une partie de l'Orient, n'y-a-t-elle pas été étouffée ? Ainsi l'espoir de parvenir à éteindre le choléra n'a rien de déraisonnable. Dans l'état actuel de nos connaissances, c'est tout ce qu'on peut dire. Mais on ne s'en est pas tenu là. En s'étayant de certaines vues théoriques, on a cru avoir trouvé la cause géné-

ratrice du choléra dans les émanations d'un sol d'alluvion chargé de détritus animaux et végétaux, attribuant, pour justifier cette hypothèse, un grand rôle aux cadavres abandonnés au cours du Gange ; et quant à l'apparition récente du choléra *envahissant*, on n'a pas hésité à l'expliquer par l'insalubrité résultant de la destruction récente des canaux qui autrefois servaient à l'écoulement des eaux et à fertiliser le pays. On a vu dans le *rapport général*, ce qu'il fallait penser de ces suppositions, qui avaient le grand tort de ne pas être en harmonie avec les faits ; nous n'y reviendrons pas.

La vérité est que les circonstances particulières qui font que le choléra est permanent dans certaines localités de l'Inde sont encore inconnues, ou, en d'autres termes, qu'on ne connaît pas la cause essentielle de l'endémicité cholérique. On ne sait même pas au juste qu'elle sont toutes les localités où existe réellement l'état endémique ; ni, sur un point donné, qu'elle est la limite de celui-ci ; ni quels sont les rapports entre l'endémicité et le développement épidémique.

Il y aurait donc un grand intérêt à entreprendre des recherches suivies sur cette grave question, et il est incontestable que le gouvernement anglais a seul les moyens de mener à bonne fin un tel travail qui exigera des années d'études.

La Commission n'a certes pas la prétention de dicter aux médecins distingués qui déjà s'occupent de ces questions, la meilleure marche à suivre dans une pareille entreprise ; mais elle ne saurait cependant se dispenser d'émettre un avis sur les particularités du problème qui lui paraissent le plus dignes d'attention.

Que savons-nous de l'endémicité du choléra dans l'Inde ? nous savons que le choléra est endémique, principalement dans certaines localités de la vallée du Gange, notamment à Calcutta, à Cawnpore et à Allahabad ; puis, pour les autres régions de l'Inde, à Arcot près de Madras et à Bombay. Mais est-il bien certain que le choléra ne soit endémique que dans ces localités ? nullement : à cet égard, il plane beaucoup d'incertitude.

Il y a donc lieu de *préciser* davantage qu'on ne l'a fait jusqu'à présent les points de l'Inde où l'endémie cholérique existe. C'est une question de statistique.

Pour résoudre le problème étiologique de l'endémicité, la Commission estime que la plus importante peut-être des questions à étudier serait celle des conditions particulières du sol dans les localités où l'endémie est bien manifeste : y rencontre-t-on *toujours* les conditions que Pettenkofer regarde comme indispensables au développement du choléra ?

En outre, les localités où règne l'endémie se distinguent-elles par quelques

particularités *exclusives*, soit dans la disposition des lieux, des habitations, soit par rapport à certaines habitudes nouvellement contractées, — en ce qui concerne la crémation des cadavres par exemple, — soit relativement à l'alimentation, à l'état de misère, etc? Il est clair que la plupart de ces questions ne pourraient être tranchées que par une étude comparative faite sur une vaste échelle, et que ce n'est pas là l'œuvre d'un jour.

En définitive, toutes ces études auraient pour but de savoir si, là où la maladie est endémique, le principe du choléra se régénère spontanément en dehors de l'homme ; si, par exemple, — produit d'une décomposition organique particulière, — il naît et se dégage avec plus ou moins d'activité du sol à la manière du miasme palustre? ou si, comme cela est plus probable, le principe morbifique une fois produit se régénèrerait uniquement par l'homme ; — le sol et tout ce qui existe à sa surface n'étant que des réceptacles plus ou moins favorables, où le germe provenant de cholériques peut se conserver et d'où il se dégage avec une activité variable selon les circonstances adjuvantes?

Une autre question d'un grand intérêt à résoudre serait celle des rapports de l'endémicité avec le développement des épidémies dans l'Inde. Toute épidémie y a-t-elle sa racine, son origine, dans un foyer d'endémie? Par exemple, les épidémies qui se développent chaque année à l'occasion de certains pèlerinages sont-elles le résultat de l'importation du choléra parmi les pèlerins, par des individus venant de foyers d'endémie? N'y-a-t-il pas lieu de croire, au contraire, que dans les endroits de pèlerinage où la choléra éclate chaque année, le principe de la maladie existe en permanence dans ces localités, mais n'y manifeste sa présence qu'à l'occasion des conditions favorables que produit le pèlerinage?

Enfin, a-t-on vu dans l'Inde depuis 1817 une épidémie de choléra éclater spontanément dans une localité exempte d'endémie jusque là? et, s'il en est ainsi, a-t-on remarqué qu'une telle manifestation ait été le point de départ d'une épidémie *envahissante*?

Tels sont, selon la Commission, les principaux problèmes que les études déjà faites, ou à entreprendre, auraient pour but de résoudre.

Mais, indépendamment de ces études, la Commission pense qu'il importerait de poursuivre avec la plus grande énergie les améliorations hygiéniques déjà commencées par les soins des Commissions permanentes *ad hoc*. surtout dans les localités où l'endémie est manifeste, et d'en faire jouir autant que possible les populations natives.

La Commission se demande encore s'il ne serait pas permis d'instituer, par rap-

port aux foyers endémiques, quelques précautions de nature à y restreindre l'exportation de la maladie? c'est une question qu'elle se contente de poser.

Mais ce que la Commission se croit en devoir de dire avant de terminer sur ce point, c'est qu'elle est convaincue que pour atteindre le but, pour restreindre les ravages du choléra dans l'Inde, les mesures hygiéniques doivent y avoir en vue toutes les classes de la population; autrement il arriverait encore ce qui s'est produit jusqu'à présent, c'est-à-dire que toute la sollicitude, toutes les précautions admirables dont sont entourées les troupes anglaises dans l'Inde, n'empêcheraient pas le choléra d'occasionner des pertes considérables parmi elles, comme le font voir les relevés statistiques, et qu'il en serait probablement ainsi tant que la source du mal parmi les natifs n'aura pas été restreinte. C'est d'ailleurs ce que le gouvernement anglais semble avoir parfaitement compris, à en juger par les immenses travaux d'assainissement commencés dans les principales villes de l'Inde depuis plusieurs années, et par le rôle important attribué *aux trois Commissions sanitaires permanentes. (Voir à ce sujet l'annexe A, extrait d'une note communiquée par M. Goodeve).*

En résumé, la Commission *ne considère pas comme impossible qu'on puisse parvenir à éteindre le choléra envahissant dans l'Inde, et elle croit qu'en tout cas on peut y restreindre son développement épidémique. Pour atteindre ce double but, elle admet la nécessité d'études suivies, ayant pour objet de déterminer les conditions spéciales qui produisent et entretiennent l'endémie cholérique, ainsi que les rapports existant entre cette endémie et les explosions épidémiques, tout en poursuivant les améliorations hygiéniques déjà commencées. Quant aux particularités sur lesquelles devraient porter ces études, la Commission s'en réfère à ce qui a été dit précédemment à ce sujet.*

IV.

D'après ce que nous savons du rôle capital que jouent les pèlerinages dans le développement épidémique du choléra aux Indes, n'est-il pas à désirer que l'on s'applique à restreindre le plus possible l'influence de cette cause, et à continuer sur une plus vaste échelle l'emploi des mesures déjà mises en usage depuis deux ans avec quelque succès? Donner l'indication de ces mesures.

Sans contredit il est du plus grand intérêt que l'on s'applique à restreindre

l'influence que les pèlerinages hindous exercent sur le développement et la propagation du choléra; car, ainsi que cela a été exposé dans le *rapport général*, ces pèlerinages sont de toutes les causes d'épidémies dans l'Inde, incomparablement la plus puissante. On ne saurait trop insister sur ce point. Il faut qu'on soit bien convaincu que ce qui a été énoncé, dans le *rapport général*, sur l'importance de ces pèlerinages, ou foires, loin d'être exagéré, est au contraire au-dessous de la réalité. Quand on considère le grand nombre de ces endroits vénérés, les foules prodigieuses qui viennent s'agglomérer périodiquement à certains d'entre eux, les conditions au milieu desquelles s'accomplissent ces pèlerinages, le mouvement perpétuel de va-et-vient, de concentration et de dissémination qui en résulte, on se pénètre de plus en plus que là est, en effet, une cause des plus énergiques de développement et de propagation du choléra, et l'on s'étonne qu'elle ait été, si non méconnue, du moins négligée jusqu'à ces derniers temps.

Au gouvernement de la présidence de Madras, et en particulier au docteur Montgomery, revient l'honneur d'avoir compris la nécessité de restreindre la fâcheuse influence de ces agglomérations, et d'avoir, dans ce but, en 1864, fait à Conjévéram les premiers essais de mesures d'hygiène appliquées au pèlerinage. Ces mesures consistèrent surtout en l'établissement de latrines temporaires, d'où les matières étaient enlevées deux fois par jour et enfouies à grande distance ; en l'organisation d'un service de nettoyage, d'arrosement de la ville, avec enlèvement des immondices au moyen de voitures; en l'éloignement des bestiaux pendant les fêtes; en l'approvisionnement de bonne eau potable accessible à tous. Le fait est que cette année le pèlerinage s'accomplit sans manifestation de choléra, et qu'il en fut de même en 1865 à la suite des mêmes mesures.

L'expérience tentée à Conjévéram fut répétée en 1865 dans la présidence de Bombay avec certaines modifications et sur une plus vaste échelle. Les mesures suivantes furent prescrites pour tous les lieux de pélerinage : « établissement de latrines qui, faute de mieux, peuvent être de simples tranchées profondes, pratiquées dans la terre sous le vent des habitations ou campements, avec obligation pour ceux qui s'y rendent de jeter de la terre sur les excréments après usage; désinfection des matières cholériques, soit par la solution de permanganate de potasse, de chlorite de zinc, d'acide carbolique, soit tout simplement par de la chaux vive. »

Pour ce qui concerne le *retour* des pèlerins : « campement ; interdiction pour eux d'entrer dans une ville, ou station militaire, s'ils n'ont pas fourni la preuve qu'ils sont exempts d'infection cholérique. Ils doivent prouver qu'il n'y a parmi

eux ni diarrhée, ni aucun autre indice de cholera, et que 48 heures au moins se sont écoulées depuis qu'ils ont eu communication avec une personne malade de diarrhée ou de choléra. A défaut de ces preuves, les pèlerins seront gardés en observation pendant quarante-huit heures ; si au bout de ce temps ils ne montrent aucun signe de la maladie, ou de ses phénomènes précurseurs, ils seront libres de passer dans la ville. »

« Les individus offrant des indices de choléra doivent être séparés des autres, et ceux-ci doivent recommencer une quarantaine de deux jours. »

« En vue de l'application de ces règles, des dispositions doivent être prises pour que les pèlerins trouvent des provisions, de l'eau, des abris, et l'assistance médicale pour prévenir ou traiter la maladie dès son début; isolement des malades sous des tentes. »

A la suite de l'application de ces mesures dans la présidence de Bombay, il fut constaté que, en 1865, sur quatre-vingt-quatorze lieux de pèlerinage où s'étaient réunis depuis 2000 jusqu'à 50000 pèlerins, dans deux seulement le choléra se manifesta — sans y faire toutefois beaucoup de ravages — à Jeypoorie où 5000 et à Sungum où 50000 pèlerins s'étaient rassemblés. (*Rapport du docteur Leith, président de la Commission sanitaire de Bombay ; 10 mars 1866.*)

Ainsi les premières tentatives pour restreindre par des mesures hygiéniques l'influence fâcheuse des pèlerinages ont été suivies de résultats très-encourageants, mais dont il ne faudrait pas néanmoins exagérer la valeur, attendu qu'ils ne se rapportent qu'à l'expérimentation de deux années.

Prenant en considération ces essais, la Commission s'est demandé s'il n'y aurait pas possibilité d'ajouter certaines précautions de plus aux mesures déjà prises ; et, après examen, elle a pensé que si l'on parvenait à diminuer l'affluence qui se porte aux lieux de pèlerinage, en imposant à ceux qui veulent s'y rendre certaines conditions préalables, on diminuerait en proportion le danger de ces agglomérations. Ne serait-il pas possible d'exiger que, avant son *départ*, chaque pèlerin fût muni d'une autorisation spéciale de l'autorité dont il relève, et qui ne serait délivrée que sur la preuve faite par lui qu'il a les moyens de subvenir à ses besoins pendant son voyage ? Une telle condition aurait pour résultat d'écarter du pèlerinage la masse des mendiants qui y affluent et qui y sont le principal aliment des épidémies cholériques.

La Commission ne peut que recommander cette question importante sans la résoudre, parce qu'il est à craindre que la mesure qu'elle en a vue ne soit propre

à soulever une opposition dangereuse parmi les natifs. En pareil cas, le gouvernement anglais est le seul bon juge de l'opportunité.

Quant à la police sanitaire des lieux de pèlerinage, qui comprend l'emploi des mesures hygiéniques mentinonnées plus haut, la Commission ne peut qu'applaudir aux excellentes dispositions déjà pratiquées avec succès, et faire des vœux pour qu'elles soient généralisées et complétées selon les indications de l'expérience acquise.

Reste un troisième ordre de précautions applicables au cas où, malgré tout, le choléra éclaterait parmi les pèlerins agglomérés. C'est alors, en effet, au moment du *retour*, que commence le plus grand danger des pèlerinages, quand la masse infectée se dissémine, emportant avec elle dans tous les sens et répandant au loin la maladie.

Contre ce danger de propagation le gouvernement de Bombay a déjà, comme on l'a vu, adopté certaines mesures dont la principale est d'interdire l'entrée des villes aux pèlerins ayant le choléra parmi eux. Mais est-ce là une précaution suffisante, et la quarantaine d'observation de quarante-huit heures qui s'y rattache est-elle une garantie réelle? La Commission ne le pense pas. Elle croit que le véritable moyen d'empêcher la diffusion de la maladie serait de n'autoriser le départ de la masse contaminée qu'après la cessation complète de l'épidémie parmi elle, et après une désinfection générale. Une telle mesure supposerait un espace convenable où cette masse pourrait être disséminée et gardée, où ni les abris, ni les vivres, ni l'eau potable, ni les mesures de désinfection, ni les secours aux malades ne feraient défaut. Or, si l'on conçoit la possibilité de réunir tant de conditions pour quelques milliers d'individus, il faut reconnaître que les difficultés d'application croîtraient rapidement avec un plus grand nombre, et que s'il s'agissait d'appliquer la mesure à ces immenses agglomérations que l'on rencontre à certains pèlerinages indiens, elle serait tout à fait impraticable.

Néanmoins, le principe de faire obstacle à la dissémination du choléra n'en est pas moins bon en lui-même, et la Commission estime que toutes les fois qu'il serait possible de l'appliquer, il y aurait lieu de le faire.

En résumé, la Commission est d'avis que *pour combattre l'influence des pèlerinages indiens sur le développement du choléra, il importerait : 1° de s'appliquer à restreindre le nombre des pèlerins en les obligeant, s'il est possible, à se pourvoir, avant le départ, d'une autorisation qui ne serait délivrée qu'à celui qui aurait prouvé avoir les moyens de subvenir à ses besoins pendant le voyage ;*

2° *d'instituer sur tous les lieux de pèlerinage une police sanitaire comprenant l'application des mesures d'hygiène déjà pratiquées et complétées selon les enseignements de l'expérience acquise ;*

3° *en cas de choléra parmi les pèlerins, de n'autoriser le retour de la masse contaminée,* — toutes les fois qu'une telle mesure serait praticable — *qu'après la cessation complète de l'épidémie dans cette masse et une désinfection générale.*

V.

N'y a-t-il pas nécessité de mettre en usage des moyens propres à prévenir l'exportation du choléra de l'Inde ? Parmi ces moyens, n'y a-t-il pas lieu de signaler l'institution d'une police sanitaire au point de départ, particulièrement applicable aux pèlerins, et, en temps d'épidémie, celle de la patente de santé, etc ?

La nécessité d'accorder une grande importance aux moyens capables de prévenir ou du moins d'atténuer *l'exportation* maritime du choléra de l'Inde, est d'autant plus indiquée que l'emploi de ces moyens est uniquement sous la dépendance des autorités anglaises, et n'est pas de nature à soulever toutes les difficultés pratiques qui peuvent faire obstacle aux mesures propres à éteindre la maladie.

Le règlement promulgué en 1858 par le gouvernement de l'Inde, concernant *les navires destinés au service des passagers indigènes qui partent des possessions anglaises,* a été le premier acte important dans ce sens — bien qu'il n'ait pas en vue le choléra, — et aujourd'hui même on peut le considérer comme la base de toutes les mesures à prendre contre l'exportation de cette maladie.

Les principales dispositions de ce règlement que nous publions, comme annexe au présent rapport *(voir annexe* B*)* sont relatives au nombre des passagers, à l'approvisionnement, aux conditions hygiéniques et de navigabilité des navires affectés à ce service, et renferment à ce sujet les prescriptions les plus sages. Ce règlement offre toutefois certaines imperfections et des lacunes que la pratique a mises en évidence depuis sa promulgation. Ainsi, il a le tort de n'être applicable qu'aux navires portant pavillon anglais, et par suite d'être facilement éludé par les spéculateurs qui se chargent du transport des pèlerins musulmans au moyen de navires étrangers, et notamment sous pavillon ottoman. C'est ce que

démontre le relevé des navires qui, l'année dernière et cette année, ont amené à Djeddah des pèlerins indiens.

Le règlement en question ne pourrait il pas être appliqué indistinctement dans les ports anglais de l'Inde,— nous disons plus,— dans les ports de toutes les puissances qui ont des possessions indiennes, à tous les navires de la catégorie dont il s'agit, quel que soit leur pavillon? Ce serait là une condition essentielle à remplir.

Une autre circonstance à noter, c'est que certains capitaines, sous pavillon anglais, trouvent moyen de s'affranchir des prescriptions du règlement lorsqu'ils viennent à Djeddah. On peut rappeler à l'appui de ceci l'exemple des deux navires à voiles déjà cités, *North-Wind* et *Persia*, qui avaient probablement à bord un nombre de passagers supérieur à la prescription réglémentaire, — l'un 632 et l'autre 530,— et qui eurent tant à souffrir du choléra. Ces navires étaient partis de Singapore ; ils avaient relâché à Mokalla où il n'y a pas d'autorité anglaise, et avaient ensuite gagné Djeddah, en évitant de toucher à Aden. Le port de Singapore est soumis au règlement ; mais en touchant à Mokalla de préférence à Aden, évite-t-on le contrôle? A Djeddah, peut-on constater et poursuivre la contravention? nous ne saurions répondre à ces diverses questions ; mais toujours est-il que la contravention, c'est-à-dire un nombre de passagers supérieur à celui proportionné au tonnage, nous a semblé dans ces cas bien évidente. Nous ne disons pas que la contravention soit certaine, parceque nous n'avons pas pu savoir quel était le tonnage de ces navires.

Une autre lacune du règlement consiste en ce que les navires anglais qui partent d'un port etranger n'y sont pas assujétis ; c'est ainsi, par exemple, que le *Sidney*, qui par son tonnage n'aurait peut-être pas eu le droit de porter plus de 5 à 600 passagers, en a pris impunément jusqu'à 2000 dans le trajet de Djeddah à Suez. Il serait donc à désirer que le règlement fût applicable en tout lieu.

Dans le détail de l'*acte*, on remarque qu'il ne dit rien relativement à l'état sanitaire des individus à embarquer, et que par conséquent rien n'empêcherait qu'on n'embarquât des malades atteints des accidents prémonitoires du choléra ; de même que dans aucun des articles il n'est question des mesures que peuvent nécessiter les conditions sanitaires du navire à son arrivée. Ce sont là des lacunes importantes.

Quoi qu'il en soit, ce règlement est un acte capital qui, moyennant certaines extensions et additions, répondrait entièrement au but à atteindre par rapport aux conditions de l'embarquement des pèlerins.

Mais ce n'est pas tout. L'acte en question ne s'applique qu'aux conditions

d'hygiène et de navigabilité des navires, et, même complété, il ne saurait exempter chaque navire partant de l'Inde, comme de tout autre pays, d'être muni d'une *patente de santé* constatant l'état sanitaire du point de départ et le nombre des personnes embarquées ; patente qui serait visée dans les ports de relâche conformément aux règles adoptées en Europe. C'est là un complément que la Commission considère comme indispensable. Un tel document, pour avoir toute sa valeur, devrait être délivré par une autorité sanitaire constituée au point de départ ; par conséquent, il importerait qu'un service médical *ad hoc* fût organisé particulièrement dans les ports affectés à l'embarquement des pèlerins. Parmi les ports qui, à ce point de vue, méritent une attention particulière, la Commission signale au premier rang *Singapore*, pour les raisons qui ont été exposées plus haut.

Ainsi, la Commission admet la nécessité d'un service sanitaire dans l'Inde qui délivrerait les patentes de santé et qui, pour les navires à pèlerins, veillerait non-seulement à ce que les prescriptions de l'*acte* qui les concerne fussent exécutées, mais encore à ce qu'aucun malade suspect ne fût embarqué.

La Commission s'est demandé si, en cas d'épidémie de choléra au point de départ, il n'y aurait pas possibilité de supprimer l'embarquement des pèlerins sur ce point, ou de l'ajourner jusqu'à la fin de l'épidémie, ou de rendre les conditions de l'embarquement beaucoup plus sévères que de coutume ? mais ce sont là des questions délicates du nombre de celles dont il faut laisser la solution aux autorités compétentes. Comme question de même ordre se représente encore ici celle de savoir s'il ne serait pas possible d'exiger de chaque pèlerin musulman de l'Inde, avant son départ, la preuve qu'il a les moyens de subvenir aux frais de son voyage.

A ce propos, la Commission mentionnera une communication intéressante qui lui a été faite par M. Van-Geuns sur la mesure de ce genre mise en vigueur depuis 1859 par le gouvernement des Pays-Bas, dans ses possessions indiennes. Le gouvernement hollandais, voulant réduire le nombre croissant chaque année des pèlerins qui, de ses possessions, se rendaient à La Mecque au grand préjudice du pays, avait imposé à chaque pèlerin l'obligation de se munir d'un passe-port dont le coût était fixé à 110 florins. La haute cour de justice ayant trouvé cette mesure illégale, le passe-port fut supprimé en 1852. Le nombre de pèlerins s'accrut alors dans de grandes proportions, si bien que le gouvernement jugea nécessaire de rétablir l'obligation d'un passe-port délivré à chaque pèlerin à des conditions déterminées, et dont la principale est que les sollicitants aient prouvé

qu'ils ont les moyens nécessaires pour les frais du voyage (aller et retour), et qu'ils ont pris les mesures convenables pour l'entretien de leur famille pendant leur absence (*voir le document annexé* C *qui contient les principaux articles de ce règlement.*) On voit par là qu'une telle mesure est déjà pratiquée, et que peut-être il ne serait pas impossible de l'étendre aux possessions anglaises de l'Inde.

La Commission résume son opinion de la manière suivante : *Il est de la plus haute importance de chercher à prévenir l'exportation maritime du choléra de l'Inde.*

Dans ce but, le règlement promulgué en 1858, *sous le titre de* Native Passenger Act, *serait un des moyens principaux, si l'application en était faite indistinctement à tous les pavillons et dans tous les pays, et s'il était complété au point de vue des précautions sanitaires.*

En outre, il importerait que tout navire partant d'un port indien fût muni d'une patente de santé délivrée par une autorité sanitaire constituée ad hoc *qui serait en même temps chargée de veiller à l'exécution des règlements relatifs à l'embarquement des pèlerins.*

De plus, la Commission croit qu'il y a lieu d'examiner les questions de savoir si, en cas d'épidémie sur un point de l'Inde, il y aurait possibilité, soit de supprimer, soit de différer, soit de restreindre l'embarquement des pèlerins sur ce point ; et enfin si, à l'exemple du gouvernement hollandais pour ses possessions indiennes, il n'y aurait pas, pour les autorités de l'Inde anglaise, possibilité d'exiger de chaque pèlerin musulman la preuve qu'il a les moyens de subvenir aux dépenses de son voyage, et à l'entretien de sa famille pendant son absence.

CHAPITRE 3me

Mesures à prendre dans les pays intermédiaires entre l'Inde et l'Europe.

Ces mesures doivent avoir pour but d'empêcher l'importation du choléra en Europe, ou par *la voie maritime*, c'est-à-dire par la mer Rouge, ou par *la voie de terre*, c'est-à-dire par la Perse et les pays adjacents. Nous traiterons d'abord des mesures à opposer à l'importation par la voie maritime.

A — Mesures contre l'importation du choléra de l'Inde par la voie maritime.

VI.

D'après le plan adopté par la Commission, la première question à résoudre est la suivante :

Ne serait-il pas convenable d'instituer à l'entrée de la mer Rouge, dans une île s'il est possible, un établissement sanitaire où tous les navires entrant dans cette mer seraient soumis à un arraisonnement et seraient, s'il y avait nécessité, assujétis à des mesures de quarantaine ? Quel devrait être, dans l'affirmative, le caractère de cet établissement ? Dans quels cas, par qui et comment seraient appliquées les mesures ?

1° *Convenance d'un établissement sanitaire à l'entrée de la mer Rouge.*—L'utilité d'un tel établissement n'est pas douteuse ; elle a été démontrée, théoriquement du moins, par les considérations que nous avons fait valoir en développant notre plan. La question est donc à présent de savoir si, au point de vue pratique, un tel établissement serait réalisable ; si, à l'entrée de la mer Rouge, existent les conditions indispensables à son fonctionnement : emplacement convenable, sécurité, salubrité, mouillage sûr, eau potable en quantité suffisante, approvisionnements faciles. Il est clair que si ces conditions ne se rencontraient pas, dans

une mesure raisonnable, sur aucun point de ces parages, l'établissement ne serait pas réalisable. Il est, en outre, certain que quand même toutes les conditions requises se trouveraient réunies, la question ne serait pas encore résolue, puisqu'il ne serait pas impossible que des considérations d'un autre ordre vinssent faire obstacle à un établissement de ce genre.

Laissant de côté toute autre considération, nous nous sommes appliqués à rechercher si les conditions requises pour un grand établissement quarantenaire existaient réellement à l'entrée de la mer Rouge. Nous n'avons pas perdu de vue que l'établissement en question, ayant pour but d'empêcher l'importation du choléra dans cette mer, devrait être à la fois un poste d'observation et un lazaret; que par conséquent il devrait être placé de manière à pouvoir exercer une surveillance efficace sur tous les navires entrants, et, en outre, avoir les moyens d'assujétir convenablement les navires contaminés aux mesures prescrites : conditions, qui impliquent — celle relative à la surveillance surtout — la plus grande proximité possible du détroit de Bab-el-Mandeb.

Dans cette situation se présente l'île de *Périm*, dans la partie la plus resserrée du détroit, qu'elle divise en deux passes de largeur inégale. La grande passe, entre l'île et la côte africaine, mesure 14 milles ; la plus petite, entre Périm et le cap Bab-el-Mandeb,— ou plutôt entre Périm et un petit îlot (Pilot island) séparé du cap par un étroit canal,— la petite passe a seulement 4 milles 1/2. Les navires peuvent entrer dans la mer Rouge, ou en sortir, par les deux passes sus-indiquées. L'île de Périm a 4 milles 1/2 de long sur 2 de large ; elle s'élève à 230 pieds anglais au-dessus du niveau de la mer. C'est un rocher tout à fait nu et entièrement dépourvu d'eau douce. Dans la partie sud-ouest de l'île, du côté qui regarde la grande passe, est un bon port, mais de faible capacité. Ce dernier inconvénient se trouve compensé par le fait de bons mouillages à petite distance de l'île, près du cap de Bab-el-Mandeb. La garnison anglaise de Périm reçoit tous ses appprovisionnements, y compris l'eau, du dehors.

Sous le rapport de la position, Périm ne laisse donc rien à désirer ; elle commande le détroit, et il serait facile d'y organiser une surveillance exacte ; mais quant à en faire un lieu de quarantaine, à y installer un lazaret capable d'abriter et de nourrir un grand nombre d'individus, la Commission, indépendamment de toute autre considération, ne le croit pas possible. Cependant Périm reste le point par excellence où pourrait être installé le service nécessaire à l'arraisonnement des navires, c'est-à-dire le personnel préposé *ad hoc* et les forces maritimes pour assurer la surveillance du détroit. Nous supposons, bien entendu, que

les convenances politiques soient ici d'accord avec les convenances sanitaires.

Resterait à trouver l'endroit propre à un établissement quarantenaire. Le point qui se présente tout naturellement est, à petite distance de Périm, en dehors du détroit, un peu au sud-est du cap de Bab-el-Mandeb. Là, sur la terre ferme, se trouve une plage d'un abord facile où croissent des palmiers et où la présence de très-bonne eau est signalée. Ajoutons que dans ces parages, à l'abri du cap et des îles, il y a des mouillages convenables pour les navires. Pourrait-on dans cet endroit se procurer avec facilité les approvisionnements nécessaires aux individus en quarantaine dont le nombre s'élèverait peut-être à plusieurs milliers? La Commission n'a pas de données à cet égard. Quant à l'établissement quarantenaire en lui-même, la Commission comprend qu'il devrait consister en un vaste espace gardé, où seraient disséminés, d'une manière convenable, des campements appropriés aux habitudes des pèlerins Que si l'on objectait que, dans de telles conditions et sous un tel climat, ceux-ci auraient beaucoup à souffrir, la Commission répond d'avance qu'il s'agit ici de pèlerins indiens et malais, par conséquent habitués à toutes les ardeurs de la zone torride; et que les inconvénients seraient alors surtout pour les européens chargés de veiller à l'exécution des mesures prescrites, inconvénients auxquels il serait possible de remédier par des renouvellements fréquents dans le personnel.

D'après ces données incomplètes, on conçoit donc la possibilité d'instituer à l'entrée de la mer Rouge, tout à la fois une surveillance dont le siège principal serait l'île de Périm, et un lazaret où seraient envoyées, après arraisonnement, les provenances contaminées. Toutefois la Commission se hâte d'ajouter que ce n'est là qu'une simple indication qui ne saurait dispenser d'une étude approfondie faite sur place.

La Commission croit si peu avoir résolu le problème, qu'elle s'est demandé si, à défaut des points qu'elle vient d'indiquer, il n'y aurait pas, en dehors du détroit, mais à proximité, quelque autre localité convenable pour le lazaret en question; car pour l'arraisonnement, c'est de toute nécessité à l'entrée du détroit même qu'il devrait avoir lieu sous peine d'être éludé. Or, au-delà du détroit, les notions manquent. Nous n'avons vu, d'un côté, sur le littoral arabique, que Aden qui est bien loin, et, de l'autre, sur le littoral africain, que la possession française d'Obokh sur laquelle nous ne possédons aucune information suffisante.

La Commission a cherché si, faute de mieux, il n'y aurait pas dans la mer Rouge, le plus près possible du détroit, une île qui réunît les conditions requises pour l'établissement en question. Elle a étudié successivement, à ce point de

vue, les principales îles qui, à partir du detroit, s'offrent avec la meilleure apparence au milieu d'un nombre considérable d'îlots. Après avoir reconnu que la grande île Harnish, qui se présente la première, n'offrait aucune ressource; que la suivante, appelée Jibbel Zoogur, quoique moins dépourvue, ayant un peu d'eau, quelque végétation et quelques bons ancrages, ne présentait pas cependant les conditions requises, la Commission s'est arrêtée à l'île de *Kamaran*.

Celle-ci est située tout près de la côte arabique, entre Hodeïdah et Lohéia. Sous le rapport de l'eau, des approvisionnements et de la sécurité des mouillages, elle réunit toutes les conditions désirables. Sa proximité de l'Yémen, qui lui assure un ravitaillement facile, est un grand avantage ; mais c'est aussi un danger, en ce sens qu'il serait bien difficile d'y éviter les communications dangereuses avec la partie la plus peuplée et la plus cultivée de l'Arabie. Une autre inconvénient de Kamaran, comme de toute autre île dans l'intérieur de la mer Rouge, c'est qu'il serait bien difficile d'obliger les navires en suspicion de s'y rendre, et d'empêcher sous ce rapport les contraventions.

L'adoption d'une île de la mer Rouge, comme lieu de quarantaine, suppose toujours que l'arraisonnement obligatoire se pratiquerait à l'entrée du détroit, et elle nécessiterait une escorte, ou au moins des gardiens à bord, pour accompagner les navires infectés jusqu'au lieu de la quarantaine ; ce serait là, comme on le voit, une grande complication.

Ces divers inconvénients font que la Commission croit qu'il serait bien préférable, si la chose était possible, de placer l'établissement quarantenaire, soit à Bab-el-Mandeb, soit quelque part au-delà du détroit.

2° *Quel serait le caractère de cet établissement?* — En le supposant réalisable, à qui reviendrait le soin de l'établir, de le faire fonctionner, de l'entretenir? qui en aurait la direction? Il faut bien considérer qu'il s'agirait d'une institution intéressant l'Europe entière, qui nécessiterait de grands frais d'installation et d'entretien, qui exigerait un personnel nombreux et le concours d'une force militaire et maritime respectable pour assurer l'exécution des mesures prescrites. Où est la puissance territoriale capable de se charger de tous ces soins? On ne la trouverait pas sans doute sur le littoral arabique dans les chefs indépendants et hostiles qui l'occupent. Serait-ce, comme on l'a proposé au sein de la Commission, au gouvernement ottoman, ou à celui d'Egypte que reviendrait cette charge? Mais en admettant que la Porte ait l'autorité nominale dans ces parages, croit-on qu'elle, ou l'Egypte par délégation, ait les moyens convenables d'exécution?

Comment la Porte imposerait-elle à tous les pavillons l'obligation de se soumettre au règlement sanitaire? Et quel Etat, sans une garantie suffisante, consentirait à soumettre son pavillon à une telle obligation? Et d'ailleurs serait-il juste de faire peser exclusivement sur le gouvernement ottoman une si lourde charge? Il y aurait bien l'Angleterre : mais l'Angleterre consentirait-elle? Et puis n'y aurait-il pas de grands inconvénients à confier à une seule puissance les clefs de la mer Rouge?

Toutes ces questions ont été discutées par la Commission, qui, après mûr examen, est arrivée à conclure que l'institution projetée à l'entrée de la mer Rouge, pour répondre convenablement à sa destination, devrait avoir un caractère international; qu'elle devrait être fondée et entretenue à frais communs par les puissances intéressées, et placée sous la surveillance d'un Conseil mixte où siégerait un délégué de chacune de ces puissances.

A propos de ce Conseil, un des membres de la Commission, M. le docteur Bykow, a émis l'opinion que le soin de la direction revînt soit au Conseil de santé de Constantinople, soit à celui d'Alexandrie, qui sont précisément des Conseils mixtes; mais cette opinion n'a pas prévalu, parce qu'il a semblé à la Commission qu'une telle surveillance serait trop lointaine pour être efficace.

Ainsi, la Commission croit que *le caractère international est une condition* SINE QUA NON *de l'établissement dont il s'agit.* Resterait aux gouvernements intéressés à s'entendre sur la forme et la mesure à donner à l'intervention de chacun. On conçoit très bien, par exemple, que la Porte ou le gouvernement égyptien pourrait avoir la direction, mais sous le contrôle et avec l'assistance de l'Europe.

Cette conclusion a été adoptée par tous les membres présents de la Commission, moins M. Bykoff qui a voté contre et M. Polak qui s'est abstenu.

3° *Dans quels cas, comment et par qui seraient appliquées les mesures?* Il est naturel d'admettre—toujours dans l'hypothèse où le projet en question serait reconnu réalisable — qu'un règlement spécial, approprié aux circonstances, déterminerait le fonctionnement de l'institution. Cependant la Commission croit pouvoir, dès à présent, déclarer que, dans son opinion, tout navire entrant dans la mer Rouge devrait être assujéti à un arraisonnement ayant pour but de constater l'état sanitaire de la provenance, ou tout au moins (car cela ne serait pas toujours possible) les conditions sanitaires du navire. Selon le résultat de cet examen, le navire serait autorisé par un *visa*, à continuer son voyage, ou bien serait retenu en quarantaine, si, par la nature des accidents, l'encombrement à bord, le lieu

de destination ou par toute autre circonstance, l'entrée libre du navire dans la mer Rouge était jugée dangereuse. Comme dans l'esprit de la Commission, la dite mesure aurait surtout en vue les navires chargés de pèlerins ou les analogues, c'est-à-dire les navires vraiment dangereux, elle est d'avis que les paquebots réguliers et en général les navires offrant certaines garanties spécifiées, tout en étant dans l'obligation de subir l'arraisonnement, pourraient être autorisés à continuer leur voyage même en cas d'accidents cholériques, à la condition d'aller purger quarantaine à l'endroit qui leur serait assigné. Or, pour que de telles mesures soient exécutées avec l'impartialité, l'intelligence et la fermeté désirables, on sent bien qu'à l'autorité d'une seule puissance on ne saurait en abandonner l'exécution.

C'est pourquoi la Commission conclut que *les mesures seraient appliquées en vertu d'un règlement international qui spécifierait les cas, et par une autorité soumise au contrôle des gouvernements intéressés.*

En définitive, comme on a pu le voir, l'importance très-grande d'un établissement sanitaire à l'entrée de la mer Rouge est incontestable ; la possibilité matérielle de le faire fonctionner utilement n'est guère douteuse ; mais la solution pratique du problème implique la satisfaction de tant de convenances diverses, qu'il est bien à craindre qu'elle ne soit pas donnée.

VII.

Question du Pèlerinage de La Mecque.

Si la question d'instituer un service sanitaire à l'entrée de la mer Rouge, dans le but d'empêcher l'introduction du choléra dans le Hedjaz, est de nature à soulever bien des difficultés, c'est une raison de plus pour la Conférence d'insister sur les moyens propres à diminuer les chances d'épidémie cholérique parmi les pèlerins réunis, et surtout à faire obstacle à l'importation de la maladie en Egypte.

Dans ce double but, il y a lieu de déterminer : 1° l'organisation du service sanitaire sur le littoral de la mer Rouge ; 2° les conditions à exiger pour le départ et les précautions relatives à l'embarquement des pèlerins ; 3° les mesu-

res d'hygiène à mettre en pratique dans le Hedjaz ; 4° ce qu'il y aurait à faire pour y prévenir l'importation du choléra ; 5° enfin les mesures à prendre contre les provenances du Hedjaz si le choléra se manifestait pendant le pèlerinage.

La Commission exposera successivement son opinion sur tous ces points.

1° *Organisation du service sanitaire sur le littoral de la mer Rouge.*

Cette organisation comprendrait des postes de médecins chargés de donner des renseignements exacts sur l'état sanitaire du pays, de délivrer, de viser les patentes de santé, et de veiller à l'exécution des mesures hygiéniques ou autres qui seraient prescrites ; et de plus certains postes à lazaret particulièrement affectés à l'application des mesures de quarantaine.

Les postes de la première catégorie occuperaient les principales échelles des deux rives de la mer Rouge. Du côté africain, outre Suez, dont nous aurons à parler plus longuement, se trouvent trois échelles principales où une surveillance est indispensable : ce sont, du nord au sud, Koséir, Souakin et Massawah.

Le port de *Koséir* est l'échelle de Kenneh ; il n'est pas accessible aux grands navires ; toutefois il s'y fait un commerce de céréales avec le littoral arabique ; de plus, Koséir est très fréquenté par les pèlerins, surtout à leur retour. On a calculé qu'en 1860 plus de 5000 étaient revenus des lieux saints par cette voie. La population de Koséir est de 3 à 4000 âmes. L'eau de bonne qualité y manque et l'on est obligé de l'aller chercher à plus d'une journée de distance. Il y a un médecin sanitaire égyptien à Koséir ; mais il est reconnu que, faute de ressources et à cause de sa proximité avec le Nil, cette localité est impropre à un établissement quarantenaire. Il ne pourrait donc y avoir là qu'un poste d'observation.

Souakin, beaucoup plus au sud, vis-à-vis de Gonfoudah, est la principale échelle des provinces nubiennes de l'Egypte ; elle communique avec Schendy et Khartoum. La ville de Souakin a de 6 à 8000 habitants, elle est bâtie sur une île au fond d'une baie, et reçoit tous ses approvisionnements de el-Geyf, ville voisine sur le continent. Souakin est le port où viennent s'embarquer la plupart des pèlerins venant de l'intérieur de l'Afrique. Ils sont désignés en général sous le nom de *Takrouris.* Ce sont de pauvres nègres, vivant de ce qu'ils peuvent gagner pendant le pèlerinage, en se livrant aux travaux les plus pénibles ; on estime leur nombre, chaque année, à 2 ou 3000. De Souakin, au moyen de barques, ils atteignent le littoral opposé le plus souvent en descendant jusqu'à Hodeïdah, d'où, par terre, en s'attachant aux caravanes, ils se rendent aux lieux de pèlerinage. Depuis que le port de Souakin est occupé par le gouvernement égyptien,

il y existe un service sanitaire ; mais notre collègue Salem bey, à qui nous devons ces détails, ne croit pas qu'on y puisse trouver les ressources nécessaires à un établissement de quarantaine.

Vient enfin, non loin de l'entrée de la mer Rouge, le port de *Massawah*, dont l'importance augmente chaque jour. Massawah, échelle de l'Abyssinie et d'une partie de l'intérieur de l'Afrique, est en rapport avec l'Inde et surtout avec le littoral arabique. Cependant les pèlerins africains préfèrent en général retourner chez eux par Souakin. Quoi qu'il en soit, Massawah doit être le siège d'un poste d'observation, et rien ne s'y oppose depuis que cette localité est sous la dépendance du gouvernement égyptien.

Sur le littoral arabique, où les points à surveiller sont beaucoup plus nombreux et où il serait si nécessaire d'avoir un service fortement organisé, les difficultés sont beaucoup plus grandes. Elles tiennent d'abord à ce qu'une partie de ce littoral, habitée par des populations farouches, échappe entièrement à la domination ottomane, et à ce que, dans le Hedjaz même, centre de l'islamisme, la Porte est tenue à bien des ménagements vis-à-vis d'un fanatisme hostile à toute ingérance européenne. Cependant, si dans le Hedjaz il y a des difficultés à vaincre, s'il y a des ménagements à garder, ce qui s'y est passé cette année montre qu'il n'y a pas impossibilité absolue d'y prendre des mesures propres à améliorer la condition des pèlerins, et même d'y organiser sur le littoral un service sanitaire répondant au but à atteindre.

Djeddah, principale échelle du pèlerinage, s'y présente comme le point important où un service sanitaire devrait être fortement constitué. Nous n'avons pas à revenir sur ce qui a été déjà souvent répété concernant la ville de Djeddah, sur sa population, sur son commerce, sur les ressources et les inconvénients qu'elle offre ; nous dirons seulement que, dans l'opinion de la Commission, Djeddah ne présente par les conditions requises pour un grand établissement quarantenaire. Outre l'impossibilité d'y assujétir à des mesures d'isolement sérieuses les pèlerins impatients de se rendre aux lieux saints, si Djeddah était fermée aux provenances compromises, le débarquement de celles-ci se ferait, sans obstacle, dans les autres petits ports du littoral et annulerait ainsi les précautions quarantenaires qu'on aurait prises. De plus, il ne faut pas oublier que tous les pèlerins ne débarquent pas à Djeddah, et que ceux qui viennent parfois de très-loin, sur des barques ou de petits navires, longent la côté arabique et y relâchent à chaque port pour se ravitailler. Il s'ensuit qu'en fermant l'entrée de Djeddah aux provenances cholériques, on n'empêcherait aucunement la maladie de s'introduire dans

les lieux saints par d'autres voies, tout en ayant à lutter contre des difficultés d'application très-grandes. Tout au plus pourrait-on y établir un petit lazaret pour des cas exceptionnels.

Mais Djeddah devrait être le siège d'un office sanitaire ayant la direction de toutes les mesures à prendre dans le Hedjas. Cet office, relevant de la Porte et assisté d'un Conseil composé des principales autorités de la ville, veillerait à l'exécution de tout ce qui concerne la police sanitaire du pèlerinage, en même temps qu'il recueillerait et transmettrait des informations exactes sur l'état de la santé dans le Hedjaz et les pays voisins. L'office de Djeddah entretiendrait nécessairement des relations suivies avec les fonctionnaires chargés de la police sanitaire des lieux saints.

Un autre poste, sous la dépendance hiérarchique de celui de Djeddah, mais pouvant correspondre directement, pour les informations, avec l'Egypte, serait institué à *Yambo*, ville de 4 à 5000 habitants, et échelle importante où d'ordinaire viennent s'embarquer un certain nombre de pèlerins à leur retour de Médine. Ce serait encore un poste de surveillance, où aucun établissement quarantenaire n'est possible ; et même il y a tout lieu de penser, vû les dispositions hostiles de la population, que le service ne pourrait y être fait que par des musulmans assistés d'une force respectable.

La Commission croirait très-utile la création d'un troisième poste d'observation sur le littoral du Hedjaz, au sud de Djeddah, soit à *Lith*, soit à *Gonfoudah*, s'il était reconnu que la présence d'un tel poste y fût compatible avec les conditions de sécurité que présentent ces localités. Mais la Commission, ne possédant aucun renseignement assez positif à cet égard laisse à des études ultérieures le soin de résoudre la question. Il en est de même pour ce qui regarde la possibilité d'organiser des moyens d'informations suffisantes sur l'état sanitaire des localités plus au sud, — notamment Hodeidah et Moka, — où abordent les pèlerins, ainsi qu'on l'a vu plus haut.

Nous nous bornons donc à proposer la création, pour le moment, sur le littoral du Hedjaz, de deux offices sanitaires, dont le principal, assisté d'un conseil local, serait à *Djeddah*, et l'autre à *Yambo*.

Nous avons à nous occuper maintenant des offices ou postes à lazaret.

A ce sujet, la Commission a jugé convenable d'établir une distinction qu'elle croit indispensable. Elle n'admet pas que le lieu où les pèlerins atteints de choléra peuvent être admis à purger quarantaine, soit le même que celui où les provenances ordinaires seront, le cas échéant, soumises à des mesures préventives. Le

danger dans les deux cas n'est pas le même, et de plus les moyens d'isolement qui suffisent pour un petit nombre de voyageurs ne sont plus applicables à une multitude comme celle qui compose le pèlerinage.

Partant de cette distinction, nous avons pensé tout d'abord, après étude des localités, à réserver aux pèlerins revenant par mer trois endroits où, en cas de choléra parmi eux, ils pourraient être admis à faire quarantaine. Ces localités étaient, en procédant du sud au nord, sur la côté arabique : *El-Wesch, Moïlah* et *Tor*. Nous supposions que les pèlerins embarqués dans les ports du Hedjaz pourraient être déposés sur ces trois points, où des installations convénables et des approvisionnements auraient été préparés pour les recevoir. Par là nous maintenions le principe—que nous considerons comme essentiel—d'interrompre toute communication maritime entre le Hedjaz et l'Egypte, dans le cas où le choléra règnerait parmi les pèlerins. Mais notre collègue, le docteur Salem bey, nous a déclaré que le gouvernement égyptien n'admettrait pas que les pèlerins pussent faire quarantaine sur un point plus rapproché de l'Egypte qu'El-Wesch ; il nous a démontré, en effet, qu'au-delà de ce point, à Moïlah et à Tor, par exemple, il y aurait dans ces parages, par la proximité et par les facilités de la navigation au moyen de barques, des communications clandestines très-compromettantes pour l'Egypte ; tandis que le même danger ne serait pas à craindre jusqu'à El-Welch. La Commission se rendant à ces motifs, a donc renoncé à Moïlah, localité pourvue d'un port, et où les approvisionnements sont faciles ; et, comme on le verra plus loin, elle a réservé Tor pour le lazaret ordinaire des provenances cholériques.

Reste *El-Wesch*, qui réunit toutes les conditions désirables pour un établissement quarantenaire : port vaste et sûr, accessible aux grands navires, eau douce en abondance et d'excellente qualité, tant au bord de la mer que dans les vallées du voisinage, vivres frais, faciles à se procurer sur place, sans compter la ressource du ravitaillement par mer. El-Wesch, situé à cinq journées de marche au nord de Yambo, est sous la dépendance du gouvernement égyptien, qui y entretient garnison dans un fort placé à quelque distance de la mer, sur la route que suit la grande caravane d'Egypte. Celle-ci y stationne ordinairement plusieurs jours pour s'y ravitailler ; et, à cette occasion, les Arabes du voisinage y arrivent avec des provisions de toute sorte. Outre cette ressource le fort, est pourvu de magasins de vivres à l'usage de la caravane. Ainsi El-Wesch se trouve dans les meilleurs conditions pour y organiser un lazaret approprié à plusieurs milliers de pèlerins. Ce Lazaret consisterait en une sorte de campement, dont les limites seraient surveillées, et qui serait composé de tentes et de baraques. El-Wesch

devrait être disposé à cet effet, c'est-à-dire qu'indépendamment du fort qui est trop loin dans l'intérieur, il faudrait construire près de la mer des logements destinés à la direction sanitaire et à un force armée respectable, et de plus des magasins pour un approvisionnement de tentes et de vivres a l'usage des quarantenaires. L'administration de l'établissement serait confiée à un directeur assisté de plusieurs médecins, et d'un nombre d'agents suffisant pour un tel service. A l'époque du pèlerinage, tout ce personnel se transporterait à El-Wesch,— où, dans l'intervalle, on ne laisserait que la garde nécessaire à la surveillance du matériel, — et s'y tiendrait prêt pour l'éventualité d'une quarantaine à faire subir aux pèlerins. Une fois le pèlerinage achevé, la plus grande partie de ce personnel retournerait en Egypte. La Commission ne croit pas nécessaire d'entrer à ce sujet dans d'autres détails ; plus loin elle expliquera quel serait, à son sens, le véritable rôle d'El-Wesch à l'égard des pèlerins atteints de choléra.

Le lazaret approprié aux provenances cholériques ordinaires, c'est-à-dire aux navires qui ne transportent pas de pèlerins où des passagers analogues, serait, de l'avis de la Commission, très-bien placé à Tor, petite bourgade au pied du mont-Sinaï, munie d'un bon mouillage, et pourvue abondamment d'eau douce. Tor peut être ravitaillée très facilement de Suez. Cette localité offre de plus l'avantage de se trouver sur la route de tous les navires qui se rendent à Suez, et par conséquent de ne les obliger à aucun détour. Selon la Commission, tout navire où le choléra se serait manifesté devrait être astreint à faire quarantaine à Tor. Le lazaret à y établir devrait avoir, dans la partie réservée aux voyageurs européens, une organisation stable et être pourvu des commodités nécessaires aux passagers qui fréquentent les paquebots de l'Inde, quoiqu'il soit très probable,— à en juger par l'expérience du passé,—que ces voyageurs n'auront que bien rarement à y faire quarantaine. La Commission n'a pas admis que, *dans aucun cas*, la quarantaine des navires, à bord desquels se serait manifesté le choléra, pût être purgée dans le voisinage de Suez, aux *Sources de Moïse* par exemple. Elle croit que, même au prix de certains inconvénients, il importe de ne pas établir de lazaret au voisinage de Suez ; elle verrait dans ce voisinage, même *aux Sources de Moïse*,—endroit très-convenable en lui même d'ailleurs,— un danger presque inévitable de compromission pour l'Egypte; car il ne faut pas oublier que les quarantenaires sont en général peu scrupuleux sur ce point ; et que d'un autre côté, en Orient, le sentiment du devoir chez les employés subalternes ne résiste pas à certaines tentations ; de sorte que si l'on veut y éviter le danger de la violation des mesures prescrites, une consigne sévère ne suffit pas, et que le mieux est de

pratiquer la quarantaine dans un endroit naturellement isolé et à distance respectable. C'est le motif principal qui a déterminé la Commission à choisir Tor de préférence à tout autre point plus rapproché de Suez.

Il s'ensuit que, selon nous, Suez est la porte de l'Egypte sur laquelle il faut veiller avec le plus grand soin, et que, bien loin de faire en sorte d'y attirer le choléra par un grand établissement quarantenaire qu'il a été question d'y établir, on doit s'appliquer au contraire, même au prix de sacrifices, à en repousser la maladie et à la contenir à aussi grande distance que possible ; car il ne faut pas perdre de vue que si la ville de Suez est compromise toute l'Egypte sera inévitablement envahie.

Suez est donc, à nos yeux, surtout un poste d'observation d'où la surveillance doit s'étendre au loin ; et c'est pour cela que nous croyons qu'il conviendrait d'y installer la direction de tout le service sanitaire de la mer Rouge, y compris celui du détroit.

A ce propos, la Commission a longuement agité la question de savoir sous la dépendance de qui serait placé ce service. Pour celui de Bab-el-Mandeb, nous avons établi que le caractère international était une condition *sine qua non ;* pour celui des rives de la mer Rouge, la nécessité d'une telle condition ne ressort pas autant de prime abord. Nous nous y trouvons en présence de puissances territoriales : d'un côté le gouvernement égyptien, de l'autre, pour le Hedjaz, la Porte ottomane. Il semblerait donc très-naturel que la Porte et l'Egypte, par l'intermédiaire des Conseils de santé qui siégent à Constantinople et à Alexandrie, fussent chargées de la portion de ce service qui leur revient de droit.

Mais qu'en résulterait-il ? l'Egypte, on le conçoit, pourrait très-facilement remplir sa tâche. Stimulée par le danger dont elle a fat l'expérience, et agissant à proximité sur son propre terrain, elle serait parfaitement en mesure de se défendre. Toutefois ce n'est là qu'un côté de la question.

Et le Hedjaz ? Sans doute, la Porte ottomane a le droit incontestable d'y exercer toute l'autorité, et il est évident que les mesures à y prendre doivent être exécutées en son nom. Mais le Conseil de santé siégeant à Constantinople, est-il bien dans une situation favorable pour veiller à l'exécution de mesures applicables dans la mer Rouge ? N'est-il pas trop loin du théâtre des évenements pour agir avec l'à-propos et la promptitude nécessaires ? Ce qui s'est passé cette année, quand le choléra a éclaté parmi les pèlerins, nous a fait voir tous les inconvénients de la distance et de la difficulté des communications. Les faits nous ont montré, en outre, le danger qui résulte de l'application, par deux autorités qui

se contrarient, de mesures préventives dont l'efficacité dépend d'une entente complète sur tous les points. Ainsi, tandis que l'administration égyptienne, instruite par l'expérience du passé, avait décidé, conformément aux vœux de la Conférence, que les provenances contaminées du Hedjaz ne seraient pas admises à purger quarantaine en Egypte, les autorités ottomanes de Djeddah, agissant en sens contraire, et plus préoccupées de se débarasser des pèlerins que de préserver l'Egypte, se hâtaient, malgré les protestations du délégué égyptien, de les embarquer pour ce pays.

Comment prévenir les conséquences fâcheuses d'un tel désaccord ? On le pourrait en confiant au gouvernement égyptien la direction de tout le service sanitaire du littoral de la me Rouge. Mais la Porte consentirait-elle à se dessaisir de son autorité directe en faveur de l'Egypte ? Et d'ailleurs, la direction égyptienne ne saurait, en tous cas, être admise qu'avec le concours d'une Commission mixte, où tous les intérêts seraient représentés.

C'est pourquoi, dans l'intérêt de l'unité d'action indispensable au succès, nous avons pensé qu'il conviendrait de confier la direction du service sanitaire de tout le littoral de la mer Rouge, y compris celui du détroit de Bab-el-Mandeb, à une Commission *spéciale*, mixte, où chaque puissance intéressée serait représentée, Commission qui déciderait de toutes les mesures à prendre sur le littoral, tout en laissant, bien entendu, le pouvoir exécutif à qui le droit.

Ainsi, dans la pensée de la Commission, le service sanitaire à organiser sur le littoral de la mer Rouge comprendrait, outre le projet d'un lazaret international avec arraisonnement obligatoire au détroit de Bab-el-Mandeb :

1° *Des postes de médecins sanitaires, savoir : trois sur le littoral africain, à Kosér, à Souakin, à Massawah, et deux, pour le moment, sur la côte arabique, dont le principal serait à Djeddah, et l'autre à Yambo ;*

2° *Deux lazarets, dont l'un, à El-Wesch, serait affecté exclusivement aux pèlerins, et l'autre, à Tor, serait destiné à la quarantaine des arrivages ordinaires atteints de choléra ;*

3° *Une direction, siégeant à Suez, assiste d'une Commission internationale qui déciderait de toutes les questions concernant le service sanitaire de la mer Rouge.*

(Adopté à l'unanimité, moins Salem bey qui a fait des réserves.)

2° *Conditions pour le départ et précautions relatives à l'embarquement des pèlerins.*

La loi musulmanne, entre autres prescriptions très-sages, exige que quiconque entreprend le pèlerinage doit avoir les moyens suffisants pour le voyage et pour

assurer l'existence de sa famille en son absence. C'est la mise en pratique de ce précepte, que le gouvernement des Pays-Bas a exigée de ses sujets indiens, que nous voudrions voir également en vigueur dans les possessions britanniques et partout. Déjà, assure-t-on, au Maroc, à Tunis, et en Algérie sans doute, des dispositions conformes à la loi ont été prises par rapport aux pèlerins ; ceux-ci, avant d'être autorisés à se mettre en route, doivent faire la preuve qu'ils sont munis d'une somme suffisante pour le voyage. Cette mesure, ainsi que nous l'avons exposé précédemment, a pour but d'écarter du pèlerinage les mendiants qui en sont la plaie, et qui fournissent le principal aliment des épidémies. En général les Ottomans satisfont aux préceptes de la loi, et il est rare qu'ils entreprennent le voyage de La Mecque sans avoir le pécule nécessaire. On nous assure qu'il en est de même en Egypte, où le gouvernement exige des garanties de ceux qui veulent entreprendre le pèlerinage. Cependant nous croyons qu'il serait utile, pour assurer d'avantage l'exécution de la loi religieuse, que le gouvernement ottoman établit en règle l'obligation pour chaque pèlerin de se munir d'un *teskéré,* ou passe-port, qui constaterait que le futur hadji a satisfait aux prescriptions de la loi, et sans lequel aucun ne serait autorisé à partir. Mais comment appliquer une telle mesure aux malheureux takrouris qui viennent de l'intérieur de l'Afrique s'embarquer à Souakin ou à Massawah, et qui, s'ils souffrent généralement de la misère, gagnent cependant leur vie au service des autres pèlerins? C'est une question à recommander à la sollicitue du gouvernement égyptien.

Nous n'avons rien à dire pour le voyage des pèlerins en caravane ; les conditions en sont trop bien réglées pour que nous ayons autre chose à faire qu'à recommander la stricte application des anciennes coutumes.

Quant au transport des pèlerins par mer, il est resté livré jusqu'à présent, dans les ports ottomans et égyptiens à tous les appétits de la spéculation la plus avide, et rien ne saurait donner une idée des conditions fâcheuses d'encombrement dans lesquelles ce transport est la plupart du temps opéré. Il y a donc urgence d'intervenir ici pour que l'embarquement des pèlerins, soit à l'aller, soit au retour, s'opère dans des conditions convenables sous tous les rapports. Dans ce but, nous ne saurions mieux faire que de recommander l'application du règlement anglais *(voir l'annexe B)* avec les quelques modifications que nous avons signalées, et de charger de ce soin l'office sanitaire du port où s'opère l'embarquement.

3° *Mesures d'hygiène à mettre en pratique dans les lieux où s'accomplit le pèlerinage.*

La Commission sanitaire envoyée cette année dans le Hedjaz par le gouvernment

ottoman a déjà, — conformément aux instructions qu'elle avait reçues du Conseil supérieur de santé,—pris d'urgence, dans les localités consacrées au pèlerinage, certaines précautions hygiéniques dont les bons effets ont été sensibles. Ces précautions ont principalement consisté à faire enlever d'avance les immondices qui encombraient la ville de La Mecque et les autres lieux de pèlerinage, à établir un abattoir hors de la ville, à en éloigner les fosses destinées à la macération des peaux, à installer un hôpital de 60 lits, à assigner aux mendiants, qui encombrent d'ordinaaire la grande mosquée et les rues de la ville, des lieux d'asyle, à faire purger des immondices qui y séjournaient les réservoirs de l'Aarafat pour le breuvage et les ablutions des pèlerins, à nettoyer les conduits qui amènent l'eau potable à La Mecque, à faire creuser 50 latrines réparties sur divers points de la vallée de Mina, et des fosses spacieuses pour recevoir le sang des animaux égorgés, et, de plus, à préparer, à une assez grande distance, d'autres fosses destinées à enfouir tous les débris.

Toutes ces mesurses on été accomplies, non-seulement sans résistance, mais même avec le concours des autorités de La Mecque. Les résultats, avons-nous dit, en ont été satisfaisants ; et l'on a constaté que la mortalité avait été très-faible cette année pendant le pèlerinage. Ce n'a été que trois semaines après les cérémonies, et après le départ du gros des pèlerins, que le choléra s'est montré parmi les retardataires et dans la caravane de Médine, à la suite de circonstances qui ne sont pas encore bien connues. Quoi qu'il en soit, il n'est pas douteux qu'il ne soit facile d'améliorer beaucoup les conditions sanitaires du pèlerinage, et par suite le sort de pèlerins, sans rencontrer de la part de ceux-ci aucune opposition sérieuse.

Il importerait donc que les mesures prises l'année dernière fussent régularisées et perfectionnées, et que, dans ce but, un service spécial fût chargé de la police sanitaire des lieux saints. C'est au gouvernement ottoman que reviendrait le soin d'organiser ce service.

La Commission chargée de la police sanitaire aurait pour tâche de proposer et de faire exécuter toutes les mesures propres à amoindrir les conditions fâcheuses attachées au pèlerinage. Parmi ces mesures, déjà énumérées plus haut, nous croyons qu'à raison des circonstances particulières de ce pèlerinage, il y aurait grandement à prendre en considération les moyens d'assurer aux pèlerins de l'eau potable en abondance par une péparation complète et un entretien attentif des canaux et réservoirs existants. Nous appelons aussi l'attention sur l'établissement de latrines temporaires, au moyen de tranchées, qui seraient comblées chaque jour et désinfectées par de la chaux vive, si cela était possible ; sur

le soin à apporter à l'enfouissement immédiat et à la désinfection de tous les détritus provenant des animaux sacrifiés ; sur la disposition des campements hors des villes, de manière à éviter l'encombrement et ses suites. La Commission aurait en outre à s'occuper des secours à donner aux malades, et, en cas d'épidémie de choléra, de l'installation d'ambulances sous tentes, où les cholériques seraient traités séparément.

Les vivres pouvant, dans certaines circonstances, faire défaut,— et il en serait surtout ainsi en cas d'épidémie,— nous sommes d'avis qu'il entrerait dans les attributions de la Commission de veiller à ce qu'un certain approvisionnement en céréales eût toujours lieu à La Mecque pour les besoins urgents.

Nous ne nous appesantirons pas davantage sur les attributions de cette Commission sanitaire du Hedjaz, naturellement composée en entier de musulmans ; attributions qui seraient déterminées par des instructions spéciales dont le spécimen existe déjà.

Toutes ces mesures hygiéniques, en les supposant bien appliquées, auraient, à n'en pas douter, pour résultat de diminuer les causes de maladies parmi les pèlerins et, en cas de choléra, d'atténuer pour eux les ravages de l'épidémie ; mais nous ne prétendons nullement qu'elles auraient comme conséquence de les mettre à l'abri des atteintes du mal importé au milieu d'eux, ni d'éviter les suites fâcheuses qui pourraient en résulter pour l'Europe. Elles ne devraient donc, en aucune manière, faire perdre de vue les mesures prophylactiques à opposer à ce danger.

4° Y aurait-il quelque mesure à prendre dans le Hedjaz contre l'importation du choléra par mer ou par terre?

Dans notre opinion, toutes les fois que le choléra régnera sur le littoral de la mer Rouge à l'époque du pèlerinage, on doit s'attendre à ce qu'à peu près infailliblement, quoi qu'on fasse, il envahira le Hedjaz à la suite des pèlerins. Nous en avons exposé les motifs plus haut. La Mecque étant le point de concentration, le le but à atteindre, si l'on fermait la porte de Djeddah par une quarantaine, les pèlerins contaminés n'en arriveraient pas moins à La Mecque en entrant par une autre porte.Il faudrait donc pouvoir barrer le passage,par terre,à toutes les provenances venant du littoral de l'Yémen. Or, cela ne nous paraît pas praticable. Serait-il moins difficile de garantir La Mecque des mêmes provenances arrivant par Taïf? ou encore, — dans une autre hypohèse que l'expérience n'a pu vérifier jusqu'ici,— contre une caravane atteinte de choléra venant du golfe Persique à

travers la région plus ou moins cultivée du Nedjd occupée par les Wahabites ? Nous ne savons. C'est une question dont l'étude revient à la Commission sanitaire du Hedjaz.

Dans l'état actuel de nos connaissances, la seule chose que nous admettons, comme praticable, ce serait que, le Hedjaz étant indemne, on assujettît à des mesures de quarantaine, — sans en attendre un grand résultat, — tout navire contaminé qui se présenterait à Djeddah. A cet effet, il serait bien de disposer d'avance à Djeddah un endroit convenable. Mais vouloir soumettre à des mesures quarantenaires la masse des pèlerins suspectés de choléra, les empêcher par là d'arriver à La Mecque pour les cérémonies, alors qu'ils sont si près du but, ce serait, à notre avis, susciter de graves désordres sans avantage réel.

Ainsi, comme on le voit, la Commission ne compte aucunement sur les mesures de quarantaine qui seraient prises dans le Hedjaz contre l'importation du choléra parmi les pèlerins.

5° *Mesures à prendre contre les provenances du Hedjaz, si le choléra s'y manifestait pendant le pèlerinage.*

Pour cette grave question, notre tâche a été grandement facilitée par les longs débats auxquels elle a déjà donné lieu. Nous avons eu à examiner si la solution provisoire, donnée alors par la Conférence, était encore la meilleure qui pût être appliquée au difficile problème d'empêcher l'importation en Egypte du choléra par les pèlerins revenant du Hedjaz, ou si une étude plus approfondie de la question et l'expérience acquise cette année n'exigeaient pas une modification aux mesures adoptées d'urgence.

Cet examen nous a conduit à la pleine conviction que, pour atteindre le but, il était essentiel de maintenir dans son intégrité la disposition fondamentale admise par la Conférence, c'est-à-dire *l'interruption temporaire de toute communication maritime entre les ports arabiques et le littoral égyptien*, tout en admettant une modification importante dans la mise à exécution de la mesure.

Mais d'abord précisons bien les termes du problème à résoudre. Il s'agit de garantir l'Egypte, et par suite l'Europe, contre l'importation du choléra. Nul ne saurait contester l'importance du but à atteindre, en présence des effets désastreux, tant pour la vie des hommes que pour le commerce, dont nous sommes témoins depuis un an, sans qu'on puisse en assigner le terme ; effets qui sont uniquement la conséquence de l'importation du choléra, l'an dernier, à travers l'Egypte. On conviendra que pour atteindre un but si important aucune précau-

caution possible ne saurait être négligée, dût-elle entraîner certains sacrifices. Mais, comme on le verra, les sacrifices nécessaires ne sont pas bien grands.

En cas de choléra pendant le pèlerinage, le danger est,— on le sait,— dans l'irruption en Egypte de masses contaminées auxquelles on imposerait vainement sur le sol égyptien des mesures de quarantaine ; car, en pareil cas, l'isolement qui ne serait garanti que pas des cordons et par des consignes sévères, serait complètement illusoire. Contre de telles masses et dans de telles conditions, il n'y a que l'isolement à grande distance du point que l'on veut préserver, et résultant du fait même de l'espace à franchir, qui puisse être considéré comme une garantie sérieuse.

Le gouvernement égyptien, qui sait à quoi s'en tenir à ce sujet, est entièrement d'accord avec nous sur ce point, ainsi que cela résulte des déclarations faites à la Commission par le docteur Salem bey.

Ainsi donc, sur tout le littoral égyptien, y compris Massawah, point de quarantaine applicable aux pèlerins revenant du Hedjaz, sous peine de voir le choléra envahir l'Egypte avec eux. La conséquence en est que, si l'on tient à préserver l'Egypte et l'Europe contre une nouvelle invasion de ce côté, il faut de toute nécessité maintenir le principe de l'interruption temporaire des communications maritimes, comme il a été dit plus haut.

Examinons maintenant les conséquences de cette interruption, et voyons quelle serait, dans ce cas, la conduite à tenir à l'égard des pèlerins.

Remarquons d'abord que la mesure ne porterait que sur les pèlerins revenant par mer en Egypte, et dont le plus grand nombre aborde ordinairement à Suez. Le chiffre de ces pèlerins qui reviennent ainsi par mer est variable selon les années, mais on peut établir qu'il oscille entre 10,000 et 20,000, disons 25,000 au maximum, en y comprenant les nègres qui rentrent par Souakin et Massawah. Ajoutons qu'en temps ordinaire,tous ces pèlerins ne s'embarquent pas, pous le retour, à la même époque ; qu'immédiatement après les cérémonies religieuses, il y a un premier flot qui se précipite vers Djeddah et monte à bord des navires à vapeur à destination de Suez. Cela forme un premier convoi de deux à trois mille individus qui partent presque tous à la fois. Les navires, après avoir déposé leur cargaison humaine à Suez,reviennent immédiatement à Djeddah prendre une nouvelle charge. Pendant ce temps, les pèlerins continuent d'arriver de La Mecque, — tant ceux pour l'Egypte que ceux pour l'Inde et le golfe Persique, — et ils s'accumulent à Djeddah en attendant l'occasion de s'embarquer. En général, cette première évacuation du gros des pèlerins qui se rendent à Suez s'opère dans l'espace

de quinze jours à trois semaines. Mais tout n'est pas terminé. Il reste encore la partie des pèlerins qui, après avoir assisté aux cérémonies de l'Aarafat, vont visiter Médine. Ceux-ci, composés en majorité d'Indiens et de Javanais, auxquels se joignent des nègres takrouris, comptent aussi parmi eux un certain nombre de pèlerins qui se proposent de revenir en Egypte par mer. Tous ces pèlerins pour Médine partent en caravanes de La Mecque quelques jours après les cérémonies, et, à la suite d'un voyage qui dure environ 25 jours, ceux d'entre eux qui doivent prendre la voie maritime arrivent pour s'embarquer à Yambo. Cette année, les pèlerins qui se sont ainsi rendus à Médine étaient au nombre de 15 à 18000, parmi lesquels 6000 environ sont revenus à Yambo. Parmi ces derniers, 3000 étaient à destination de Suez. C'est surtout dans cette fraction du pèlerinage que le choléra a sévi vers la fin de mai, au retour de Médine.

Ces détails ont leur importance : ils nous montrent que le retour par mer en Egypte de la masse de pèlerins s'effectue en deux temps séparés par un intervalle de près d'un mois; que les plus pressés, ceux qui se dispensent du voyage à Médine, reviennent au plus vite s'embarquer à Djeddah; que cette première évacuation, qui s'accomplit en deux ou trois semaines, emporte le plus grand nombre des pèlerins qui reviennent par Suez, ceux par conséquent qui ont le plus d'intérêt à notre point de vue; que le second temps du retour par mer s'effectue par Yambo, et comprend un nombre d'individus à destination de Suez moins considérable que le précédent. Ces circonstances doivent être prises en considération.

Voyons maintenant ce qui se passa cette année, quand le choléra apparut parmi les pèlerins. On sait que les cérémonies religieuses s'accomplirent sans qu'aucun indice de choléra se fût manifesté, et même que le premier temps du retour, celui qui s'accomplit par Djeddah, s'opéra sans rien de suspect ; si bien que les pèlerins de cette période furent admis en libre pratique à Suez. Le point de départ de l'épidémie qui éclata ensuite n'a pas jusqu'à present été détérminé ; il semblerait même résulter des renseignements reçus, que la maladie a éclaté presque simultanément à Djeddah, à La Mecque, et dans la caravane de Médine ; mais il est certain que ce fut celle-ci, qui principalement, eût à en souffrir. A Djeddah et à La Mecque où les pèlerins ne se trouvaient plus qu'en petit nombre, le chiffre des cas fut peu considérable.

Le choléra a éclaté le 23 mai parmi des pèlerins revenant de Médine, qui se dirigeaient vers Yambo, afin de s'y embarquer. Ces pèlerins, joints à ceux qui étaient déjà arrivés à Yambo, formaient un total d'environ 6000, dont la moitié à peu près pour Suez. Le développement de l'épidémie au milieu d'eux fut très-

rapide, et la la ville fut aussitôt envahie par le choléra. Il y eut alors un moment de confusion. Les pèlerins affamés demandaient des vivres et voulaient à toute force s'embarquer. La ville, de son côté, n'avait aucun approvisionnement, aucune garnison ; et quand le médecin égyptien, fidèle à ses instructions, voulut s'opposer à l'embarquement, il ne trouva pas l'appui nécessaire et courut même des dangers. Lorsque les médecins envoyés de Djeddah, avec des vivres, arrivèrent le 6 juin à Yambo, ils trouvèrent cette ville dans un état d'encombrement, de saleté et de misère impossible à décrire. Les pèlerins étaient encore menaçants, et l'on eut beaucoup de peine à retarder leur embarquement jusqu'au 9, afin d'avoir le temps d'aviser de leur arrivée les autorités égyptiennes. Le fait le plus important à noter est que, malgré les conditions les plus horribles au milieu desquelles se trovaient ces pèlerins et la population de Yambo, le choléra, après un développement rapide, s'était entièrement éteint dans cette agglomération, à partir du 5 juin. L'épidemie avait, en tout, régné 12 jours, et fait dans cet espace de temps 335 victimes sur une masse de 10 à 12000 âmes, résultat bien propre à tranquilliser ceux qui s'imaginent que dans de telles conditions les ravages du choléra sont illimités, et qui confirme la loi énoncée par la Conférence. On sait le reste : les pèlerins en question ne furent pas admis à Suez ; on les envoya purger quarantaine à Tor.

Ainsi, par les faits observés cette année, nous pouvons facilement nous rendre compte des conséquences de l'interruption des communications maritimes avec l'Egypte, si le choléra se manifestait dans toute la masse des pèlerins, au lieu d'éclater seulement parmi une fraction du pèlerinage. Il se produirait alors à Djeddah, sur une plus grande échelle, ce qui est arrivé à Yambo. Les pèlerins y afflueraient ; ils voudraient à tout prix s'embarquer, et si les navires étaient dans le port, si aucune force militaire n'était là pour les tenir en respect, nul doute qu'ils ne prissent les navires d'assaut et ne se livrassent à des violences contre les habitants. Il en serait surtout ainsi, dans l'hypothèse très-admissible où les vivres viendraient à manquer.

Pour parer à ces dangers, il faudrait donc, de toute nécessité, qu'il y eût à Djeddah et à Yambo une force de terre suffisante pour maintenir le bon ordre, et une force maritime pour s'opposer aux embarquements violents ; il faudrait, de plus, qu'il se trouvât toujours un approvisionnement de prévoyance, pour l'éventualité du manque de vivres. Cela fait, nous croyons qu'il serait dans l'intérêt des pèlerins d'attendre sur place, c'est-à-dire dans des campements appropriés, la fin de l'épidemie, ou de suivre la caravane qui revient par terre, plutôt

que d'être embarqués et d'aller faire quarantaine dans un autre endroit. Nous pensons, en conséquence, qu'il conviendrait d'agir en ce sens auprès d'eux, par les moyens de persuasion.

Mais la Commission a bien compris que ce qui est le mieux n'est pas toujours ce qui est le plus facilement réalisable. Elle sait qu'une foule ignorante et frappée de terreur n'est pas facile à persuader ; elle sait aussi, par l'expérience de cette année, qu'il ne faudrait pas beaucoup compter sur le concours des autorités du pays, à l'effet de retenir les pèlerins qu'elles voudraient, au contraire, voir partir au plus vite.

Par ces considérations, et aussi en tenant compte de la répugnance du gouvernement ottoman à retenir, malgré eux, les pèlerins dans le Hedjaz, la Commission a pensé que le moyen de concilier toutes les exigences serait d'assigner le port d'El-Wesch, comme lieu de quarantaine, à ceux qui voudraient à tout prix s'embarquer. Nous avons dit plus haut comment ils trouveraient là un établissement disposé pour les recevoir, et d'où ils ne partiraient définitivement pour l'Egypte, que quand le choléra serait entièrement éteint parmi eux.

De la sorte, on éviterait le péril d'un trop grand encombrement à Djeddah d'abord, pour le premier flot des partants, et à Yambo, plus tard. El-Wesch serait donc, dans ce système, un véritable *diverticulum*, où, sans aucun danger de compromission pour l'Egypte, les pèlerins attendraient dans des conditions convenables.

On ne doit pas perdre de vue que le nombre des pèlerins transportés ainsi de Djeddah à El-Wesch, dans plusieurs voyages successifs, — ainsi qu'il est d'usage pour aller à Suez, — ne dépasserait pas 8 à 10000 au maximum, et que, quand ceux de Yambo y arriveraient, les premiers auraient probablement accompli leur désinfection et seraient déjà partis.

Ajoutons qu'à El-Wesch, mais à une certaine distance dans l'intérieur, arriverait aussi la caravane pour l'Egypte, et que dans le cas où elle offrirait encore des indices de choléra, elle y serait arrêtée le temps nécessaire pour achever sa purification.

Nous avons prévu le cas exceptionnel où, par suite d'une affluence insolite, on aurait à craindre un encombrement ou l'insuffisance des moyens à la quarantaine d'El-Wesch. La Commission croit que, dans ce cas, il serait convenable de retarder la marche de la caravane et de la faire stationner à Yambo-el-Nakhel, vallée fertile et bien pourvue d'eau, à 6 heures de va la ville, où il serait facile de la ravitailler, en supposant, comme nous l'avons dit plus haut, qu'un approvisionnement de prévoyance ait été fait à Yambo.

Qu'adviendrait-il alors pour les autres pèlerins, tant ceux qui retournent par terre, que ceux qui doivent prendre la voie maritime ? Pour les premiers, la mesure en question ne les troublerait en rien ; elle augmenterait tout au plus le contingent des caravanes dans la mesure des moyens de transport disponibles;et il est à supposer que, la voie de mer restant ouverte, les pèlerins qui avaient l'intention de prendre cette voie se joindraient en bien petit nombre à ceux qui suivraient la route de terre. Quoi qu'il en soit,les caravanes ne seraient aucunement troublées dans leur itinéraire ; seulement, par précaution, celle d'Egypte, qui compte d'ordinaire de 6 à 12000 individus, stationnerait à El-Wesch le temps nécessaire à sa purification, si le cholera n'était pas éteint parmi elle; et même, si l'encombrement ou le manque de vivres étaient à craindre à El-Wesch, elle pourrait,en totalité ou en partie,être arrêtée quelque temps à Yambo-el-Nakhel.La caravane de Damas poursuivrait sa route jusqu'à l'endroit où d'habitude elle est soumise à une visite médicale qui constate son état sanitaire. Pour les autres caravanes qui retournent dans le sud de la péninsule ou se dirigent vers l'est et le nord-est, elles échappent à toute snrveillance.

Quant aux pèlerins indiens, malais, javanais, persans, etc, qui doivent revenir chez eux par mer, du moment que nous avons admis la liberté d'embarquement, pourvu que la destination ne soit pas le littoral égyptien, il est clair qu'ils seraient libres de se rembarquer, en tout état de cause, soit à Djeddah, soit à Yambo, à leurs risques et périls, et au gré des spéculateurs qui les exploitent. Seulement, au nom de l'humanité, nous demandons que les autorités dont relèvent ces pèlerins exigent que leur embarquement n'ait lieu que dans les conditions voulues par le *règlement anglais* (*native passenger act*).

La conséquence obligée du système que nous proposons, c'est que pendant toute la durée de la prohibition, aucune provenance du littoral arabique ne serait admise à faire quarantaine sur le littoral égyptien, ni à Suez, ni à Koséir, ni à Souakin, ni à Massawah, et que les contrevenants seraient repoussés avec les précautions humanitaires convenables, mais rigoureusement.

Il est possible que les mesures dont nous parlons dérangent quelque peu les calculs des armateurs qui exploitent avec un grand profit le pèlerinage de La Mecque, que, par exemple, ils réclament contre le préjudice causé à leur commerce par la mesure qui leur interdirait de transporter directement les pèlerins de Djeddah à Suez, ou à tout autre port égyptien, qu'ils prétendent que cette interdiction serait attentatoire à la liberté du commerce. Peut-être même osera-t-on protester au nom de l'humanité dans l'intérêt des pèlerins ! Nous savons jus-

qu'où peut aller la tendresse de la spéculation ! Mais nous pouvons assurer aux âmes charitables qui tiendraient ce langage, que nous prenons beaucoup plus de souci qu'eux-mêmes des intérêts véritables des pèlerins, sans oublier pour cela que notre mission est de préserver l'Europe. Quant aux prétentions mercantiles, quant au droit d'importer librement le choléra partout où l'intérêt de la spéculation l'exige, outre que ces prétentions sont odieuses, nous soutenons qu'elles sont fondées sur une appréciation fausse des vrais intérêts du commerce, lesquels considérés, non sur un point limité, mais en général, sont en parfaite harmonie avec ceux de la santé publique. De sorte que si ces objections étaient faites, nous croyons qu'il serait facile d'y répondre, à tous les points de vue, comme il convient.

En résume, la Commission est d'avis que, dans le cas où le choléra se manifesterait dans le Hedjaz à l'époque du pèlerinage *il y aurait lieu d'interrompre temporairement, c'est-à-dire pendant la durée de l'épidémie, toute communication maritime entre les ports arabiques et le littoral égyptien.*

L'application convenable de cette mesure suppose l'existence d'un service sanitaire organisé sur le littoral de la mer Rouge, comme il a été exposé précédemment, et, de plus, la présence d'une force militaire suffisante, tant pour maintenir le bon ordre parmi les pèlerins, que pour la police maritime. A ce dernier point de vue, il serait à désirer que les gouvernements intéressés s'entendissent à l'effet d'assurer l'exécution des mesures prescrites.

Cela étant, la Commission pense qu'il pourait être procédé à l'exécution de la manière suivante, sauf les modifications qui, *sans altérer le principe fondamental de la mesure*, seraient jugées par la Commission internationale siégeant à Suez, propres à en faciliter l'application.

1° En cas de manifestation du choléra parmi les pèlerins les médecins sanitaires du Hedjaz signaleraient le fait aux autorités locales, ainsi qu'aux navires de guerre stationnés à Djeddah et à Yambo. De plus, tout en mentionnant le fait sur la patente de santé, ils en expédieraient l'avis en Egypte et à El-Wesch.

2° Sur la déclaration des médecins sus-mentionnés, les autorités informeraient les pèlerins que ceux d'entre eux qui voudraient s'embarquer pour l'Egypte auraient, avant d'y aborder, à faire quarantaine à El-Wesch, et les préviendraient en même temps qu'ils sont libres de suivre la voie de terre.

3° Les embarquements se feraient sous la surveillance de l'autorité sanitaire, dans les conditions déterminées par elle, et dans les ports qu'elle aurait désignées.

4° Les navires de guerre concourraient à assurer l'exécution des mesures pres-

crites; ils feraient la police de mer, et exercerait une surveillance aussi exacte que possible à l'effet d'empêcher tout départ clandestin.

5° Sur l'avis reçu de la présence du choléra parmi les pèlerins, les autorités sanitaires égyptiennes interdiraient l'entrée de tous les ports d'Egypte à toutes provenances de la côte arabique, et elles renverraient les navires délinquants, après les avoir ravitaillés au besoin, sur un point de la côte arabique, soit à El-Wesch, soit ailleurs, où il purgeraient quarantaine, conformément aux règles adoptées.

6° Les pèlerins transportés à El-Wesch y seraient tenus en quarantaine, et ils ne seraient autorisés à repartir pour l'Egypte que dix jours pleins après la disparition du choléra parmi eux et après désinfection de leurs hardes et bagages. En quittant El-Wesch, les navires qui les transporteraient seraient, —pour ceux qui se rendent à Suez, —dans l'obligation de toucher à Tor, où ils seraient soumis à une observation de vingt-quatre heures et à une visite médicale, dans le but de constater leur état sanitaire. La patente nette et l'autorisation de continuer leur route, ne leur seraient délivrées que tout autant que l'état sanitaire du bord aurait été reconnu exempt de danger.

7° Quant à la caravane pour l'Egypte, elle s'arrêterait selon l'usage, dans l'endroit ordinaire de sa station, près d'El-Wesch; elle y subirait une visite médicale, et elle ne recevrait l'autorisation de continuer sa route qu'après avoir été exempte de choléra depuis dix jours.

8° Relativement aux pèlerins à destination de l'Inde ou d'autres pays au delà de la mer Rouge, ils seraient autorisés à s'embarquer pour retourner chez eux, mais en se soumettant aux règles prescrites par l'autorité sanitaire du port d'embarquement.

9° Les communications maritimes entre le Hedjaz et l'Egypte ne pourraient être rétablies que dix jours au moins après la cessation de tout indice de choléra dans le Hedjaz, déclarée officiellement par l'autorité sanitaire de Djeddah. Mais alors, et même en tout temps, les navires chargés de pèlerins à destination de Suez, seraient toujours dans l'obligation de toucher à Tor et d'y stationner vingt-quatre heures, pour y subir une visite médicale, comme il a été dit plus haut. L'autorité sanitaire de Suez pourrait renvoyer à Tor tout navire qui n'aurait pas rempli cette formalité.

10° Un règlement des pénalités encourues pour toutes les infractions aux mesures prescrites, devrait être formulé par la Commission international. Le règlement anglais (*native passenger act*) serait, sur ce point, un excellent modèle à suivre.

(Adopté à l'unanimité, moins le Dr Salem bey, qui a fait certaines réserves.)

VIII

Mesures à prendre dans le cas où le choléra éclaterait en Egypte.

Nous supposons que malgré toutes les précautions prises, ou par le manque de précautions convenables, le choléra vienne à se manifester en Egypte, et nous demandons : Qu'y aurait-il à faire dans ce cas pour préserver l'Europe ? On peut répondre qu'alors on appliquerait aux provenances d'Egypte les mesures généralement usitées contre le choléra. Mais cette réponse, toute rationnelle qu'elle soit, ne nous satisfait que médiocrement. Nous croyons qu'en s'en tenant à la pratique des dites mesures, l'Europe courrait grand risque d'être envahie par le choléra, sur un point ou sur un autre ; et l'on sait qu'alors, quoi qu'on fît, la généralisation de la maladie serait bien difficile à arrêter. L'Egypte est, par rapport au choléra venant de la mer Rouge, un véritable défilé par lequel il doit à peu près nécessairement passer pour pénétrer en Europe; mais c'est un défilé à la sortie duquel il se fait un rayonnement immense par des relations maritimes considérables avec tout le bassin de la Méditerranée. Comme défilé, comme porte à franchir, l'Egypte offre un obstacle naturel que l'on peut mettre à profit en y concentrant des moyens d'action : tandis que si l'on se contente de s'opposer, çà et là, au rayonnement morbifique qui en sort, il suffit d'un point faible dans la défense contre un ennemi aussi subtil que le choléra, pour faire perdre à toute l'Europe le bénéfice des mesures prises généralement. Que sur un point asiatique ou européen du bassin de la Méditerranée une côte soit mal surveillée, qu'un agent infidèle ou négligent permette des compromissions, et voilà toute l'économie de votre système défensif ruinée. Quelques pays, dans une position exceptionnelle, pourront encore se défendre, mais le gros du continent n'échappera pas à l'invasion de la maladie.

L'Europe entière est donc solidaire dans cette question, soit au point de vue commercial, soit au point de vue sanitaire. La négligence ou l'imprévoyance de l'un retombe sur tous.

Or, s'il est plus facile de se défendre contre un ennemi envahissant, en fermant la porte étroite par laquelle il doit nécessairement passer qu'en l'attendant en

rase campagne et chacun chez soi, il est clair qu'il y a tout avantage et qu'il est d'un intérêt commun, que la porte de sortie d'Egypte soit fermée au choléra. Au point de vue sanitaire, il ne saurait y avoir de doute sur ce point.

Admettons qu'eclairés par l'expérience de l'année dernière, et que pénétrés comme nous le sommes de la presque certitude de préserver l'Europe, en mettant obstacle à ce que le choléra sortît d'Egypte, les gouvernements européens se décidassent à interrompre, pendant la durée de l'épidémie cholérique dans ce pays, toute communication maritime avec lui, au moyen d'un blocus, et examinons ce qui arriverait.

En Egypte, l'épidémie suivrait son cours, et n'y ferait ni plus ni moins de victimes que si la porte vers l'Europe était ouverte à l'émigration. L'expérience a montré combien étaient peu fondées les craintes de voir en pareil cas l'épidémie prolonger ses ravages. Et d'ailleurs, l'obstacle à l'émigration maritime n'empêcherait aucunement la dissémination des habitants de se faire en Egypte même : les espaces déserts et les moyens de campement n'y manquent pas. Selon toutes les probabilités, en deux mois l'épidémie aurait parcouru toutes ses phases et serait éteinte ; car dans ces pays chauds, les épidémies cholériques marchent beaucoup plus rapidement qu'en Europe. Il y aurait donc à compter sur environ deux mois d'interruption des communications maritimes de l'Egypte avec le bassin de la Méditerranée. Il va sans dire que cette interruption ne porterait pas sur certaines communications urgentes qui, avec les précautions indispensables, pourraient être opérées sans danger.

Ainsi il est bien évident que si par une telle interruption on parvenait à préserver l'Europe d'une invasion de choléra, — dût l'Egypte en souffrir un peu plus, ce que nous ne croyons pas, — on aurait rendu un grand service à l'humanité.

Mais, s'écriera-t-on, et les intérêts immenses du commerce, et le transit de l'Inde à travers l'Egypte, et le canal de Suez? pensez-vous que tant d'intérêts de premier ordre s'accommoderaient d'une telle interruption et permettraient de la réaliser? Nous admettons sans peine que ces grands intérêts verraient d'un très mauvais œil la dite mesure et nous ne doutons pas le moins du monde qu'ils ne soient assez puissants pour y faire obstacle. Mais, pour nous, la question n'est pas là: nous tenons seulement à établir que les intérêts bien compris de tout le commerce européen, même ceux des relations avec l'Inde, ne seraient pas opposés à l'interruption temporaire des communications de l'Europe avec l'Egypte, si cette interruption devait avoir pour résultat de garantir l'Europe d'une invasion de choléra.

Et d'abord, qu'on veuille bien réfléchir qu'en admettant la mise à exécution des

diverses mesures que nous avons proposées pour la mer Rouge, il est à croire que l'éventualité supposée par nous ne se présentera peut-être jamais, et que si elle se présentait, il n'y aurait qu'à choisir entre deux maux : ou le dommage limité à l'interruption temporaire des communications avec l'Egypte, ou le dommage immense causé par une invasion à peu près certaine du choléra en Europe. Or en mettant de côté, pour le moment, la question humanitaire, que le commerce prenne la peine de supputer, de traduire en chiffres l'un et l'autre dommages, et qu'il voie de quel côté pencherait la balance? Nous demandons si, tout compte fait, le commerce en général, voire même les puissantes compagnies qui ont le privilège des relations rapides avec l'Inde, ne reconnaîtraient pas, avec nous, que les dommages dont ils souffrent depuis plus d'un an par le fait de l'importation du choléra à travers l'Egypte,— dommages qui ne semblent pas encore près de finir,— ne l'emportent pas de beaucoup sur ceux qui eussent été la conséquence de l'interruption dont nous parlons?

Voilà comment, selon nous, la question se pose au point de vue commercial.

Bien qu'à nos yeux la réponse ne soit pas douteuse, surtout si l'on y rattache le point de vue humanitaire, nous nous contentons d'énoncer la question, en appelant sur elle toute la sollicitude des gouvernements que nous représentons.

La question à résoudre serait ainsi posée: *Dans le cas où une épidémie de choléra, venant par la mer Rouge, se manifesterait en Egypte, — l'Europe et la Turquie étant d'ailleurs indemnes— ne conviendrait-il pas d'interrompre temporairement les communications maritimes de l'Egypte avec tout le bassin de la Méditerranée ?*

(Adopté à l'unanimité moins Salem bey.)

B.— Mesures contre l'importation du choléra de l'Inde en Europe par la voie de terre.

Nous avons d'abord ici à considérer la Perse par rapport aux moyens dont on conçoit l'application pour garantir ce pays contre le choléra venant de l'Inde, et relativement aux mesures qui pourraient y restreindre le développement des épidémies cholériques; ensuite nous aurons à examiner les précautions que la Turquie et la Russie auraient à prendre pour se préserver elles-mêmes de l'invasion du choléra régnant en Perse ou dans les pays voisins.

IX.

Mesures à prendre en Perse: organisation d'un système sanitaire; précautions concernant les pèlerinages, le transport des cadavres, etc..

On a vu par quelles voies le choléra pénétrait en Perse, comment, au nord-est, Hérat était en quelque sorte la porte obligée par où le choléra parti de l'Inde, et venant de l'Afghanistan, par Kandahar ou Kaboul, gagnait Mesched, et de là se répandait dans tout le pays. Nous avons fait remarquer que si l'importance stratégique de la position d'Hérat n'était pas moins grande au point de vue du choléra que sous le sapport militaire, il était à présumer malheureusement que la Perse, qui d'ailleurs n'a pas la possession d'Hérat, n'avait pas les moyens d'action suffisants pour protéger de ce côté la ville de Mesched. Nous ne pouvons donc que signaler l'importance de ce point stratégique sans nous y arrêter davantage.

Une fois que le choléra a gagné Mesched, le pèlerinage important dont cette ville est le théâtre y devient, de même que dans l'Inde, le principal aliment et la principale cause de propagation de la maladie. Joignons-y les nombreuses relations commerciales dont cette ville est le centre. Mais le pèlerinage le plus intéressant pour la question qui nous occupe,— tant à cause du nombre des individus qui le composent et des circonstances particulières qu'il présente, que par le motif qu'il est une cause fréquente d'importation du choléra en Turquie,—est celui qui a lieu à Kerbélah et autres endroits voisins de Bagdad, qui sont particulièrement vénérés des Chiïtes. Ce pèlerinage s'accomplit toute l'année; mais la grande affluence a lieu surtout pendant le mois de Moharrem. A cette époque le nombre des pèlerins persans qui viennent dans les environs de Bagdad dépasse parfois 60000. Ils y arrivent de toutes les provinces de la Perse par caravanes qui, pour la plupart, viennent converger à Kirmanschah, ville située à petite distance de la frontière ottomane ; de sorte que le gros des pèlerins arrive par là. Le plus grand nombre franchissent la frontière par Khaneguine, d'autres au voisinage de Mendéli, d'autres encore près de Suleimanieh. Un plus petit nombre, venant des provinces du sud, débouchent par Mohammerah; enfin la plus faible portion, composée surtout de pèlerins indiens, suit la voie maritime et débarque à Bassora.

Ce pèlerinage produit donc, chaque année, en Perse, aux environs du mois de

Moharrem, un grand mouvement convergeant de caravanes vers la Mésopotamie, et plus tard un mouvement inverse; de sorte que, dans un sens comme dans l'autre, ces caravanes sont en Perse, comme en Mésopotamie, les agents propagateurs par excellence du choléra.

Une circonstance particulière, qui ajoute aux inconvénients de ce pèlerinage, c'est que les Persans ont la coutume d'y transporter avec eux les restes de leurs parents et amis, afin de leur donner la sépulture près des tombeaux des grands imams vénérés des Chiïtes. Ces débris humains, exhumés à différents degrés de décomposition, sont enveloppés dans des feutres, placés dans des sacs, dans des paniers, parfois dans des caisses, et sont portés à dos de cheval ou de chameau. Tout cela exhale une odeur infecte. Mais le pis est que les cadavres de ceux qui meurent en route sont ajoutés aux débris anciens, de telle façon qu'à mesure que chaque caravane approche de sa destination, elle s'enrichit de plus en plus de cadavres en putréfaction, et que pour peu que la mortalité ait été considérable, ce qui n'est pas rare, ces caravanes ressemblent à des charniers ambulants, qui répandent au loin des exhalaisons fétides. Il a été dit, dans le *Rapport général*, que quand les pèlerins persans étaient arrivés à Kerbélah exempts de choléra, on n'avait pas observé que les cadavres putréfiés qu'ils transportaient eussent fait naître le choléra parmi eux; si bien qu'on ne saurait y voir une cause génératrice de la maladie; mais, d'un autre côté, il paraît bien établi que les miasmes putrides qui se dégagent des cadavres sont une circonstance aggravante quand le choléra sévit pendant le pèlerinage.

Par ces détails, joints à ceux donnés sur la fréquence des épidémies de choléra en Perse, nous pensons avoir mis en évidence qu'en Perse, tout comme dans l'Inde, les pèlerinages sont une cause principale du développement et de la propagation du choléra; et nous en concluons que si, dans l'état actuel des choses, il n'était pas au pouvoir du gouvernement persan de se garantir contre l'importation du choléra venant de l'Inde, soit par terre, soit par mer, du moins lui serait-il permis de tenter quelques efforts pour diminuer l'extension de la maladie sur son propre territoire.

Dans ce but, nous estimons qu'il y aurait nécessité d'instituer tout d'abord en Perse un système sanitaire organisé sur le modèle de celui qui fonctionne dans l'Empire ottoman, c'est-à-dire composé d'une administration centrale appuyée par un Conseil de santé mi-partie européen, et ayant sous sa direction des offices sanitaires disséminés sur les points importants du pays.

Parmi les localités où il nous semble que la présence d'un office sanitaire, pourvu d'un médecin spécial, serait d'une grand importance, nous plaçons en première

ligne Mesched, Kirmanchah et Tauris: la ville de Mesched, comme centre de commerce et de pèlerinage, et comme étant, par sa position, tout particulièrement exposée à l'invasion du choléra venant de l'Afghanistan.

Si la Perse pouvait, avec sécurité entretenir un médecin sanitaire à Hérat, nous lui conseillerions de le faire, à raison de l'importance extrême de cette localité, comme porte du choléra. Ce serait un poste d'observation.

Nous désignons Kirmanschah, comme étant le rendez-vous où convergent la plupart des caravanes de pèlerins qui se rendent à Kerbélah, et Tauris, comme centre commercial où aboutissent presque tous les produits persans, et d'où partent les deux grandes voies qui se dirigent, l'une vers les provinces russes transcaucasiennes, et l'autre vers le territoire ottoman.

Les fonctions de ces offices principaux, qui pourraient avoir sous leur dépendance un certain nombre de postes secondaires, seraient en premier lieu de recueillir des renseignements exacts sur l'état sanitaire du pays; mais elles auraient surtout pour but la police sanitaire des pèlerins, et en général de toutes les caravanes.

Si le gouvernement persan croyait pouvoir organiser un système capable de défendre le pays contre l'importation par mer du choléra, il va sans dire que nous applaudirions à l'istallation sur le littoral du golfe, notamment à Bender-Abas, en s'entendant avec l'imam de Maskat, à Bender-Bouchir et à Mohammerah, d'un service sanitaire convenable.

Quant aux pèlerinages persans, il nous paraît que toutes les mesures hygiéniques, ou autres, que nous avons approuvées pour l'Inde, seraient également applicables en Perse; nous croyons même que l'application des plus importantes de celles que nous avons conseillées y serait beaucoup plus facile. Ainsi, la plus efficace de toutes les mesures serait, sans contredit, de suspendre ou de supprimer tout pèlerinage en temps de choléra. Dans l'Inde, il y aurait peut-être à cela des obstacles insurmontables; mais en Perse, il n'en serait pas de même, selon notre collègue, M. le Dr Polak, qui nous a appris que deux fois déjà le roi de Perse avait défendu, temporairement, le pèlerinage en pareille circonstance. Nous croyons donc qu'une telle défense devrait être de règle en temps d'épidémie cholérique. Nous pensons aussi que le système des teskérés, ou passe- ports de pèlerins, délivrés seulement à ceux qui ont les moyens de faire le voyage, devrait y être mis en pratique.

Relativement à l'exhumation et au transport des cadavres, il n'est pas entré dans l'esprit de la Commission qu'une telle coutume, liée à des traditions respectables, pût être impérieusemet supprimée, malgré ce qu'elle a de funeste; mais nous sommes persuadés qu'il serait possible au gouvernement persan de rendre cette cou-

tume inoffensive, en rendant obligatoires certaines précautions très-simples que voici: 1° ne permettre l'exhumation et le transport des cadavres que pendant les trois mois d'hiver, prescription déjà existante, mais tombée en désuétude; 2° exiger que les cadavres, frais ou en putréfaction, soient embaumés au moyen de substances désinfectantes, parmi lesquelles nous signalerons les matières bitumineuses qui se trouvent en abondance dans le pays où passent les caravanes qui se rendent à Kerbélah; 3° exiger également que ces corps, ainsi embaumés, soient enfermés hermétiquement dans des caisses métalliques, en fer-blanc, par exemple, qu'on se procure à très-bon compte en Perse. Nous voudrions que les autorités s'opposassent à ce qu'aucun cadavre récent fût taansporté sans les précautions ci-dessus indiquées.

Ainsi, selon nous, la Perse n'aurait pas de grands travaux d'assainissement à entreprendre; car, sauf au sud sur les bords du golfe, et au nord sur les rives de la mer Caspienne, c'est un pays généralement salubre; mais elle aurait grand besoin d'une organisation sanitaire ayant surtout pour but les mesures d'hygiène et de police appliquées aux pèlerinages et aux provenances maritimes. Cela faisant, la Perse, la première, en recueillerait les principaux avantages, en ce qu'elle serait à coup sûr moins ravagée par le choléra; puis elle aurait droit à la reconnaissance de ses voisins et de toute l'Europe qui, par suite, auraient moins de chances de recevoir le fléau.

X

Mesures à prendre sur la frontière turco-persane.

Ces mesures auraient pour but de garantir le territoire ottoman contre le choléra venant de Perse par terre, ou du golfe Persique. On a vu qu'à cet effet il y avait déjà une ligne de défense, plus ou moins bien organisée, depuis Bassorah et même Faô, à l'embouchure du Chatt-el-Arab, jusqu'à Bayazid au nord, ligne qui se prolonge, en suivant la frontiere russe, jusqu'à Batoum sur la mer noire, pour le cas où les provinces transcaucasiennes seraient envahies.

Le long de cette ligne immense se treuvent des postes sanitaires dont nous donnerons l'énumération en procédant du nord au sud.

D'abord *Batoum*, dont nous venons de parler et qui surveille à la fois les provenances maritimes et celles par terre des provinces transcaucasiennes; puis *Ardahan* et *Kars* qui commandent les principales routes venant de ces mêmes provinces. Chacun de ces postes est la résidence d'un médecin sanitaire, et peut, au besoin, sans trop de difficultés, — vu le petit nombre de routes praticables, — intercepter la plupart des communications d'un pays à l'autre.

La ligne turco-persane commence à Bayazid, au pied du mont Ararat, dans le prolongement que le territoire ottoman projette à la manière d'un bastion du côté de la Perse. Là, comme nous l'avons déjà dit, passe la grande route qui de Tauris mène à Trébizonde. Toutefois cette route ne traverse pas Bayazid, elle laisse cette ville à quatre heures de marche sur la droite, et s'engage dans un passage peu distant de la frontière, à *Kizil-Diza*, où existe un grand lazaret où les voyageurs et les caravanes venant de Perse font, s'il y a lieu, quarantaine. Ce lazaret aurait besoin d'être complété sous plus d'un rapport pour la sécurité du pays et la commodité des quarantenaires. A ce poste est attaché un médecin et tout un personnel pour le service.

Plus au sud, st sur une route qui vient aussi de Tauris, en passant par Khoï, se trouve l'office sanitaire de *Kotour*, résidence d'un médecin. Cet office, placé à l'extrême limite du territoire ottoman, à dix-huit heures de marche à l'est de Van, est plutôt un poste d'observation, et au besoin de répulsion, qu'un lieu de quarantaine, vu l'absence de lazaret. Cependant, en cas d'urgence, il serait possible d'y organiser quelque chose de provisoire. Dans l'intervalle, entre Kizil-Diza et Kotour, sont des postes de préposés pour la surveillance de la frontière, qui, à l'occassion, sont assistés par des gardes à cheval.

Tous les offices, ou postes sanitaires, qui viennent d'être énumérés relèvent d'un office central siégeant à Erzeroum, où réside un inspecteur médical de tout ce service.

Il y a là, comme on le voit, sur cette partie de la frontière, des éléments d'une organisation encore imparfaite, sans aucun doute, mais qui pourrait être perfectionnée et rendue réellement efficace moyennant quelques dépenses bien employées.

Au sud de Kotour, en descendant jusqu'à la hauteur de Révendouz et de Khoï-Sandjack, se trouve le partie de la ligne la plus mal surveillée, et où même, pour certains points, la surveillance fait entièrement défaut. Mais il faut dire que cette partie de la frontière correspond à une région très-montueuse habitée par des Kurdes pasteurs qui, à peu près indépendants, respectent peu les limites territoriales

et passent sans aucun scrupule d'un pays à l'autre, selon les besoins de leurs troupeaux. On conçoit bien que, dans de telles conditions, la surveillance sanitaire ne soit pas facile à organiser. En compensation, par suite de l'accès difficile et du peu de communications de ce massif avec les provinces voisines, le choléra n'a pas de tendance à traverser cette région. C'est dans la partie sud que, de Suleïmanieh ou de Révendouz, nous l'avons vu cette année, pour la première fois, gagner la Perse par Soouk-Boulak.

Le premier poste sanitaire de la partie méridionale de la ligne est à Révendouz, ou plutôt à quelques heures à l'est de cette ville, dans un défilé de la route qui, à travers le montagnes, conduit de Mossoul en Perse. Ce passage a été évidemment très-mal gardé cette année, puisque le choléra l'a franchi.

En avançant vers le sud, on rencontre les postes les plus importants de cette frontière, *Suleïmanieh, Khaneguine* et *Mendeli;* les deux derniers surtout placés sur les routes que suivent la plupart des pèlerins persans. Ces trois postes sont occupés par des médecins sanitaires qui relèvent, ainsi que tout le service de la province, y compris celui de Bassorah, de l'office central de Bagdad, où réside un inspecteur général.

Après tout ce qui a été dit des importations du choléra à Bagdad par cette partie de la frontière, il faut bien reconnaître que, si ce service peut donner de bonnes informations sur les épidémies qui règnent de ce côté, il a été jusqu'ici impuissant à préserver le territoire ottoman de l'invasion du choléra. Cette impuissance tient à plusieurs causes: à la difficulté extrême de surveiller une frontière aussi étendue, à l'insuffisance des moyens mis en usage dans ce but, au faible concours et souvent au mauvais vouloir des gouverneurs de la province, circonstances qui ont rendu inutile le zèle des employés sanitaires. Nous croyons qu'il y aurait nécessité pour l'administration ottomane de perfectionner ce service.

La portion affectée à la défense de la provice contre les arrivages maritimes du golfe Persique est encore plus insuffisante. Un poste sanitaire établi à Bassorah, est le seul de ce côté qui protège le territoire ottoman contre les importations cholériques; et encore ce poste est-il réputé si malsain que depuis longtemps on n'a pas pu trouver un médecin pour l'occuper. Dernièrement on y a ajouté un autre poste, plus près de la mer, à Faô, vers l'embouchure du Chatt-el-Arab; mais ce dernier poste fût-il même occupé par un médecin comme l'a décidé le Conseil de santé, qu'il ne suffirait pas à garantir la province contre les pèlerins qui arrivent de Mohammerah, en ayant soin d'eviter Bassorah.

Il y a donc du côté du golfe Persique insuffisance de moyens et par suite une

voie dangereuse ouverte à l'importation du choléra. L'administration ottomane devra donc y songer trés-sérieusement. Quant à nous, en tenant compte des difficultés de toutes sortes que présente une organisation complète de ce côté, il nous semble qu'il serait peut-être plus sage de revenir à un ancien projet de défense qui protégeait Bagdad, du côté du sud, par des postes sanitaires appuyés sur la barrière que forment, avant leur réunion à Korna, le Tigre et l'Euphrate. Sans insister davantage, nous nous contentons d'appeler sur ce point l'attention de l'administration ottomane.

Vient maintenant la question des mesures à prendre en cas de choléra en Perse.

Pour ce qui regarde la partie septentrionale de la ligne dont le principal passage est à Kizil-Diza, comme de ce côté l'affluence n'est jamais assez considérable pour amener un encombrement fâcheux, et qu'il n'y vient qu'un petit nombre de pèlerins qui se rendent à La Mecque, nous croyons que les mesures ordinaires de quarantaine y suffisent, d'autant plus que jamais le choléra n'a pénétré par cette voie. Nous admettons néanmoins qu'il pourrait se faire que des circonstances extraordinaires y motivassent des précautions exceptionnelles qui pourraient aller jusqu'à l'interruption temporaire des communications. Telle serait une épidémie grave sur la frontière avec rassemblement de troupes dans le voisinage.

La partie méridionale de la ligne, à partir de Révendouz jusqu'au golfe Persique, devrait être, selon nous, l'objet de précautions plus grandes par le fait du pèlerinage. Quelle que soit la vigilance sur cette frontière et l'énergie du concours des autorités, nous ne saurions admettre que si le choléra régnait en Perse parmi les pèlerins en route pour la frontière ottomane, il fût possible d'imposer à un aussi grand nombre d'individus voyageant à la fois une quarantaine efficace. L'expérience a prouvé que dans ce cas la quarantaine était toujours violée ou éludée, et que le choléra ne tardait pas à envahir la province de Bagdad.

Afin d'éviter un tel malheur, nous serions d'avis qu'à la nouvelle de l'apparition du choléra en Perse,— et cette nouvelle se répand d'ordinaire avec une grande rapidité,—si l'on approchait de l'époque où d'ordinaire affluent les pèlerins, le gouverneur de la province de Bagdad s'entendît avec les autorités persanes, soit pour suspendre entièrement le pèlerinage, soit pour n'autoriser qu'un nombre limité de pèlerins à se rendre par petits groupes à la frontière où, après quarantaine, ils seraient admis à continuer leur voyage pour les lieux saints. Il va sans dire qu'une telle mesure supposerait un accord préalable à ce sujet entre les deux gouvernements.

En dehors des temps de choléra, les communications entre les deux pays pourraient sans inconvénients rester libres, pourvu qu'on possédât des notions suffisamment précises sur l'état sanitaire de la Perse.

Quant aux cadavres, en conséquence de ce que nous avons indiqué précédemment, ils ne saraient admis en tout temps sur le territoire ottoman que dans les conditions d'embaumement spécifiées.

Les provenances maritimes du golfe Persique devraient être constamment l'objet d'une surveillance attentive à Faô et à Bassorah, de manière à soumettre à une quarantaine convenable tous les arrivages suspects. Pour plus de sécurité, il serait bien à désirer que l'on parvînt à obtenir que tous les navires naviguant dans ces parages fussent munis d'une patente de santé. Il faudrait pour en venir là que la Porte s'entendît sur ce point avec la Perse et surtout avec l'imam de Maskat, dont le pavillon couvre presque toute la navigation du golfe. Quant aux navires venant des possessions anglaises, il n'est pas douteux qu'ils ne se soumettent bientôt à cette formalité.

On le voit, ce que nous réclamons pour la securité de la province de Bagdad suppose beaucoup de bon vouloir de la part du gouvernement persan, et un énergique concours de la part des autorités ottomanes.

XI

Mesures contre l'importation du choléra par la Boukharie et les steppes de la Tartarie.

La Conférence doit, pour un istant, se transporter, avec la Commission, dans l'ancienne Bactriane, sur les rives de l'Oxus, et jusqu'au Jaxartes, dans des contrées peu connues, habitées par des populations farouches, hostiles aus étrangers, surtout aux européens, où à peine quelques intrépides voyageurs ont pu mettre le pied au péril de leur vie; nous voulons parler de tout le pays situé au sud-est de la mer Caspienne, et qui, limité au sud par la Perse et le Caboul, au nord par le Jaxartes, aujourd'hui *Ser-Daria*, s'etend à l'est jusqu'aux frontières de l'Empire chinois. Cette vaste région comprend, de l'ouest à l'est, le pays des

Turcomans, Khiva, non loin de l'Oxus,—*Amou-Daria*,— et les déserts qui l'entourent, puis toute la contrée désignée sous le nom de grande Boukharie, en y comprenant, au sud, les territoires de Balkh et de Kondouz, et au nord, le Khokhan séparé de la Boukharie proprement dite par le Ser-Daria. De toute cette immense étendue de pays qui, —nous aimons à l'espérer,—sera bientôt acquise à l'influence de la civilisation européenne, la dernière portion, c'est-à-dire la Boukharie, a, pour notre sujet, un intérêt particulier. Là se trouvent des contrées fertiles, populeuses, des villes importantes, notamment Boukhara, des centres de commerce considérables ; là enfin fleurit une civilisation asiatique, barbare sans aucun doute, mais bien supérieure à celle des ordes nomades qui l'avoisinent.

La Boukharie a été souvent visitée par le choléra. Il résulte des renseignements recueillis sur ce point par M. le Dr Polak, que, le plus ordinairement, la maladie y vient de *Mesched* avec les caravanes qui, de cette ville, établissent des relations commerciales importantes avec Boukhara. Cependant ce n'est pas la seule voie ; car il paraît établi qu'en 1828 et en 1845, le choléra y fut importé de l'Afghanistan, par la route de Caboul.

Quoi qu'il en soit, nous savons,—et c'est là ce qui nous intéresse surtout pour le moment,—qu'en 1829 le choléra, parti de Boukhara, a pu se faire jour à travers les steppes de la Tartarie, et parvenir jusqu'à Orenbourg, aux portes de l'Europe, où, pour cette fois, il est venu expirer.

Comment a pu se faire cette invasion ? et pourquoi est-il permis d'avoir la presque certitude qu'elle ne se reproduira plus? Voilà ce que la Commission se propose d'exposer, à l'aide de renseignements précieux qui lui ont été fournis par un de ses membres, M. le Dr Bykow.

Un mot d'abord sur les steppes que traversent les caravanes pour se rendre de Boukharie à Orenbourg, et à d'autres points du territoire russe. Du fleuve Oural jusqu'au Sari-Sou et au Ser-Daria, ils occupent une superficie d'environ 17000 lieues carrées. Ce sont des plaines presque désertes, couvertes au printemps de broussailles, d'herbes gigantesques, et entrecoupées d'espaces arides, sablonneux et imprégnés de sel vers les bords du lac d'Aral. L'absence de forêts et d'arbres en général, ainsi que la rareté des eaux courantes, sont les caractères principaux de ces steppes. Les champs labourés n'y occupent qu'une étendue insignifiante, et ne se rencontrent guère que sur les bords du Ser-Daria et de ses affluents. Les déserts sablonneux les plus considérables qui se trouvent sur la route des caravanes partant de Boukhara, sont le Kizil-Kouhm, entre cette ville et le Ser-Daria, puis le Kara-Kouhm, qui s'étend jusqu'au nord du lac d'Aral. Les caravanes tra-

versent Kizil-Kouhm dans une étendue de 180 werstes, dont 160 son entièrement dépourvues d'eau, et le Kara-Kouhm, dans une longueur de 400. Au delà de ce désert, entre le lac d'Aral et la mer Caspienne, se présente une chaîne de montagnes connues sous le nom de Moukhodtchar, qui, sur l'autre versant, se perdent sur le plateau aride et sablonneux d'Oust-Ourt, lequel se termine à l'ouest par une pente escarpée.

La plupart des tribus Kirghises, surtout celles de la grande Horde, sont encore nomades ; mais il y en a d'autres, dont le nombre augmente depuis quelques années, qui viennent chaque hiver se fixer dans les mêmes endroits.

La distance qui sépare Boukhara d'Orenbourg est d'environ 2000 kilomètres, que les caravanes mettent deux mois et plus à franchir, selon les circonstances. Les caravanes de Boukhara se dirigent sur Orenbourg, Orsk et Troïtzk ; celles de Tachkent, près de Khokhan, sur l'autre rive du Ser-Daria, se rendent à Troïtzk et à Pétropawlowsk, et celles de Khiva vont à Orenbourg et à Astrakhan, en touchant à Saraïtchyk, près de l'embouchure de l'Oural.

Le nombre des caravanes qui viennent annuellement dans chacune de ces villes, varie de deux à quatre. Elles arrivent d'ordinaire dans le courant des mois d'avril, de juin et de juillet.

La partie la plus difficile du voyage pour les caravanes de Boukhara, à raison de l'étendue des espaces déserts, est celle qu'elles font pour atteindre le Ser-Daria et les endroits favorables au passage. Une fois le fleuve franchi, les lieux habités sont moins rares sur la rive droite qu'elles côtoient pendant un certain temps, en se rapprochant du lac d'Aral. L'itinéraire qu'elles suivent est costant, parce qu'elles y rencontrent moins d'obstacles naturels, et y trouvent des vivres et de l'eau plus facilement que partout ailleurs.

L'immensité des steppes où ne se rencontre qu'une population dispersée par petits groupes nomades, les déserts à franchir, la longueur du voyage, depuis la Boukharie jusqu'à Orenbourg, ajoutez-y l'habitude des Tartares d'abandonner à la grâce de Dieu, dans les steppes, les malades qu'ils supposent atteints d'affections contagieuses, voilà, certes, des obstacles sérieux à la propagation du choléra. Dans de telles conditions, on conçoit très-bien que cette maladie n'ait pu réussir qu'une seule fois à se frayer par là un passage.

Il nous reste à montrer comment ce qui a pu avoir lieu en 1829 ne se reproduira probablement plus désormais.

On n'a jamais pu déterminer au juste si le choléra avait été importé à Orenbourg par les Boukhariens, ou par les Kirghises du voisinage de la ville. Quand

la maladie fit subitement apparition, au mois d'août, parmi les militaires de la garnison, et ensuite parmi les habitants, le bruit courait depuis déjà quelque temps, que le choléra existait parmi les Boukhariens venus avec la caravane, et parmi les Kirghises nomades des steppes voisins. Quoi qu'il en soit, il est certain que la maladie n'éclata en ville qu'après l'arrivée de la caravane de Boukhara, et après la mise en vente des marchandises qu'elle avait apportées.

Or, à cette époque, les limites de l'Empire russe, de ce côté, n'etaient pas, à beaucoup près, celles d'aujourd'hui. La rivière Emba, qui débouche au nord-est de la mer Caspienne, et une ligne presque droite tracée depuis ses sources jusqu'au fort d'Orenbourg, formaient alors la frontière. Aucune surveillance ne pouvait être exercée sur les hordes Kirghises dispersées au delà de cette limite; et le fleuve Ser-Daria offrait aux nomades, campés sur ses deux rives, un moyen facile de libres communications. A l'aide de barques et de radeaux, il s'y faisait un transport des produits de Khiva et de Boukhara que les Kirghises de la rive droite venaient ensuite échanger contre des marchandises russes. Bien que ces relations ne fussent pas bien actives, elles constituaient un danger par le défaut de toute surveillance sanitaire, et l'on comprend très-bien que, de proche en proche, le choléra ait pu arriver d'une manière imprévue jusqu'à Orenbourg.

Aujourd'hui la situation est tout autre. Le fleuve Ser-Daria est devenu frontière de l'Empire russe; des postes militaires y sont établis, et en surveillent les principaux passages. Les médecins qui résident dans les forts bâtis sur les rives du fleuve sont chargés d'inspecter l'etat sanitaire des hordes Kirghises et des caravanes qui le traversent. Il y a donc, dès à présent, une barrière sérieuse ajoutée, dans les meilleures conditions, aux obstacles naturels que présente le pays; et c'est ce qui nous fait dire que quand le gouvernement russe, s'appuyant sur cette base déjà si bien organisée, y aura décidé la mise en vigueur de mesures contre le choléra, il y aura bien peu de probabilités pour que cette maladie nous arrive jamais de ce côté.

Quant à une importation à travers les steppes qui s'étendent entre le lac d'Aral et la mer Caspienne, la chose paraît impossible, vu que ces steppes sont presque déserts.

Ainsi, grâce aux mesures déjà prises par le gouvernement russe du côté de la Boukharie, et au complément qu'il jugera sans doute convenable d'y joindre, l'Europe ne nous semble pas avoir à craindre désormais une importation de choléra, à travers les steppes de la Tartarie.

XII

Mesures à prendre sur la frontière russo-persane.

La question qu'il nous reste à traiter ici est, à coup sûr, une des plus importantes pour le but à atteindre, puisqu'il ne s'agit de rien moins que de faire obstacle à la marche du choléra sur la route de terre qu'il a ordinairement suivie pour pénétrer en Europe. On nous permettra donc d'entrer à ce sujet dans quelques détails, qui nous permettront de faire voir, avec une certaine précision, où est le danger de ce côté et où, par conséquent, les mesures préventives seraient surtout nécessaires. Disons d'abord que tous les détails dans lesquels nous devons entrer nous ont été communiqués par notre collègue, M. le Dr Bykow.

Trois fois le choléra a été importé d'une manière certaine de Perse en Russie, savoir : en 1823, en 1830 et en 1847. Nous laissons de côté l'importation de 1829 à Orenbourg qui provint de la Boukharie, et qui, comme on sait, n'eut pas de suite.

L'importation de 1823 n'eut pas non plus de conséquences fâcheuses pour l'Europe ; la maladie s'éteignit à Astrakhan. Mais sa marche n'en est pas moins très-curieuse à suivre. En 1822, le choléra qui régnait en Perse envahit les provinces de Mazandéran et de Ghilan, situées sur les bords sud et sud-ouest de la mer Caspienne. Après y avoir langui pendant les mois d'hiver, l'épidémie reparut en avril 1823, à Recht, et, longeant le littoral, elle franchit la frontière russe à Astara, en juin, pour se manifester dans le khanat de Talych, aujourd'hui district de Lenkoran. Le 29 juin, cette ville était atteinte, mais le choléra n'y fit qu'une courte apparition. Le 13 juillet, il se déclara à Kourgalak, village à 5 kilomètres de Lenkoran ; le 16, il apparut sur les îles de Salian ou Sari, près de l'embouchure du Kour, et bientôt il se propagea à la ville de Salian, située sur le fleuve. De Salian, la maladie remontant le fleuve rayonna dans divers directions ; elle atteignit plusieurs villages de la vallée inférieure du Chirwan ; puis, par des défilés et des terrains bas, elle se dirigea sur Kouba, où elle apparut le 25 août. Le 11 septembre seulement le choléra se manifesta à Bakou, sur la mer Caspienne, au sud-est de Kouba. Enfin, le 22 septembre la maladie éclata inopinément à Astrakhan, où les premiers cas furent constatés à l'hôpital de la marine sur deux

matelots provenant du même équipage. Telle fut la première apparition du choléra en Europe.

L'importation de 1830 suivit exactement la même route, avec la différence que, cette fois, la maladie ne s'éteignit pas en chemin et eut la marche envahissante que l'on connait. Ainsi, pendant l'automne de 1829, le choléra sévissait dans les provinces septentrionales de la Perse ; il sembla s'éteindre pendant l'hiver ; mais au printemps de 1830, il reparut dans la province de Ghilan, à Recht, à Enselli sur la mer Caspienne. Vers le milieu de juin, la maladie se déclara dans la province de Chirwan et à Salian, d'où elle s'étendit dans les districts de Bakou, de Kouba, de Derbent, dans le Khanat de Talych, la province de Cherka et le district d'Elisabethpol. De cette dernière ville, la maladie, remontant le Kour, atteignit Tiflis à la fin de juillet.

En même temps que le choléra remontait à l'ouest la vallée du Kour, il se propageait au nord le long du littoral de la Caspienne, et, dès le 4 juillet, il se manifestait à Sedlistow, lieu de quarantaine à l'embouchure du Volga, sur un brick de guerre nommé *Bakou*, et arrivé de l'île Sari. Le 20 juillet, la maladie éclatait à Astrakhan sans qu'on ait pu déterminer au juste comment elle y était venue de Sedlistow, qui en est distant de 90 werstes. Le 4 août, la maladie, remontant le Volga, avait déjà atteint Saratow.

La troisième importation de Perse en Russie,— celle de 1846-47,— reproduit à peu près les mêmes circonstances que la précédente. C'est encore de la province de Ghilan que le choléra se propage, en octobre 1846, dans les districts de Lenkoran et de Salian, pour atteindre bientôt Chemakha (8 novembre), Bakou (14 novembre) et Derbent, en décembre. Après une extinction apparente pendant les mois d'hiver, réapparition de la maladie en avril 1847, dans les districts de Samour, de Kouba et de Derbend, puis propagation à Témir-khan-Choury. De cette dernière ville, transmission de la maladie à Kisliar, en juin, par un transport de soldats malades envoyés aux eaux minérales. De Kisliar, la maladie se propagea parmi les Kalmouks dispersés dans les steppes jusqu'au Volga. L'épidémie éclata à Astrakhan le 16 juillet, sans qu'on ait pu savoir précisément par où elle y avait été importée. Les uns prétendent que ce fut par les Kalmouks, les autres accusent les arrivages par mer. Le fait est que les premiers cas ont été observés le 15 juillet dans un établissement quarantenaire placé sur une petite île du nom de Birutchaja-Kossa, d'où la maladie paraît s'être étendue à la ville.

De même que dans la précédente épidémie, tandis que le choléra longeait le littoral de la Caspienne, à partir de Salian il remontait la vallée du Kour, et, tout en

rayonnant dans plusieurs directions, il atteignait la ville de Tiflis le 29 mai. Il faut noter qu'avant d'arriver à Tiflis la grande route qui y conduit de Bakou donne deux branches principales, dont l'une se dirige au sud, passe par Erivan, Nakhchivan, Djoulfa, Ordoubaz, et se continue vers Tauris. C'est la grande voie de communication avec cette partie de la Perse. L'autre branche se dirige à l'ouest sur Alexandropol, et s'unit à la route qui conduit à Kars. Or le choléra, tout en avançant vers Tiflis, s'engagea dans ces deux branches, par l'une desquelles il rentra en Perse, tandis que par l'autre il arrivait à Kars et envahissait l'Arménie turque.

De Tiflis, en suivant la route qui se dirige vers le littoral, le choléra se répandit dans les districts de Gori, de Koutaïs et atteignit Redout-Kaleh sur la mer Noire, d'où il fut importé à Trébizonde.

Au nord de Tiflis, l'épidémie suivit la grande voie militaire qui traverse la chaîne du Caucase à une hauteur de 7000 pieds, et se manifesta à la fin de juillet sur l'autre versant à Stawropol.

Quant à l'épidémie qui a régné en 1852 dans le district d'Erivan, et qui serait la suite d'une quatrième importation de Perse, nous n'en avons pas le détail. Il résulte seulement de documents officiels que la maladie a traversé la frontière (sur quel point ?) vers la fin d'août, et que, dans le district d'Erivan, il y avait eu jusqu'au 8 janvier 1853, soixante-quatre décès parmi les militaires.

De ce rapide, mais très-intéressant aperçu, il résulte de la manière la plus évidente que dans les trois premières invasions du choléra de Perse en Russie, la maladie est toujours venue des provinces persanes qui bordent le littoral sud et sud-ouest de la mer Caspienne (Mazandéran et Ghilan), et que constamment elle a suivi dans sa marche le même itinéraire, — sauf peut-être pour l'épidémie de 1852, — se propageant de Recht à Lenkoran et à Salian, probablement par voie maritime ; qu'une fois parvenue à Salian, c'est-à-dire dans le delta marécageux du fleuve Kour, la maladie a marché dans deux directions différentes. D'une part, se répandant dans la vallée inférieure du Chirwan, elle se dirige vers le nord en longeant le littoral, et atteint tour à tour les villes de Bakou, Kouba, Derbent, Témir-khan-Choury, etc. ; puis, elle se manifeste à Astrakhan, empruntant, selon toutes les probabilités, pour y parvenir, les moyens de transport maritime ; d'autre part, nous la voyons remonter la vallée du Kour, atteindre Tiflis, et, par les voies de communications, se répandre dans les provinces transcaucasiennes, revenir en Perse par le sud, gagner le littoral de la mer Noire et le territoire ottoman par l'ouest, et même franchir le Caucase, au nord, par la route militaire qui le traverse.

Il y a donc de ce côté, comme on le voit, une route de prédilection pour le choléra, dont les étapes sont, pour ainsi dire, marquées depuis Recht ; et il est bien évident que sur ces côtes marécageuses et malsaines au plus haut degré existent des conditions favorables au développement et à la propagation de cette maladie.

Mais, à considérer les choses de près, il est facile de voir que cette route si dangereuse est cependant assez étroite à son point de départ,et que la grande probabilité de propagation ne commence qu'au moment où la maladie a envahi le delta du Kour, parce que là seulement commence le rayonnement dans tous les sens, soit au nord par le littoral, soit à l'ouest par la vallée du Kour et les routes qui la traversent. Quand le choléra sévit à Recht ou sur un autre point du littoral rapproché de la frontière russe, sans doute le danger est menaçant ; mais, en définitive, la défense n'est pas impossible, puisqu'il s'agit principalement de se mettre en garde contre des provenances maritimes, la route de terre sur cette côte étant peu fréquentée et se trouvant limitée d'assez près par des montagnes faciles à défendre. Mais une fois la maladie à Lenkoran et surtout à Salian, la question change, et déjà l'on peut prédire qu'à moins d'efforts très-énergiques, peut-être même malgré tout, le choléra se propagera et menacera l'Europe dans deux directions, par la Russie proprement dite et par la mer Noire.

L'expérience du passé, d'accord avec le bon sens, nous montre donc que la position qu'il importe le plus de défendre contre l'invasion du choléra est le delta du Kour. Cette défense est-elle praticable ? Cette porte du choléra peut-elle être fermée, soit du côté de terre à Astara sur la frontière, soit du côté de la mer à Lenkoran et à Salian, ou plutôt aux îles de Sari qui en sont proches ? Nous ne saurions le dire ; mais nous sommes bien convaincus que le gouvernement russe, si intéressé dans la question, ne négligera aucun des moyens nécessaires pour y parvenir. Il va de soi que cela suppose une surveillance efficace sur tout le littoral russe de la Caspienne et des moyens de quarantaine organisés sur de nouvelles bases dans les principaux ports qui ont des relations avec la Perse, notamment à Bakou et à Astrakhan, où d'ailleurs existent déjà des lazarets.

Quant à la ligne de défense du côté de terre, elle comprend déjà un certain nombre de postes sanitaires dont les principaux sont à Astara, Belasouwar, Djébraïl, Charoura, et à *Djoulfa,* sur la route qui conduit de Tauris à Nakhchivan, et où existe un établissement quarantenaire.

Nous n'avons aucunement la prétention de donner des conseils sur ce qu'il y aurait à faire pour perfectionner l'organisaton de cette ligne, non plus que sur la question des quarantaines de la mer Caspienne; le gouvernement russe est bien

meilleur juge que nous dans cette affaire, et comme ni les hommes compétents ni les moyens d'action ne lui manquent, il est certain que tout ce qui est possible sera mis à exécution. Nous avons voulu seulement mettre en lumière l'importance extrême qui se rattache à l'organisation de la défense de ce côté, au point de vue de nouvelles invasions du choléra en Europe.

Résumé.

La Commission, parvenue au terme de sa tâche et de ses pérégrinations de par le monde, ne croit pas inutile de récapituler en peu de mots les principaux résultats de son travail.

Après avoir établi que les mesures de quarantaine, convenablement appliquées, sont en définitive moins onéreuses au commerce que les dommages causés par le choléra lui-même, elle a essayé de démontrer, par une esquisse à grands traits des routes suivies par cette maladie pour arriver en Europe, et en tenant compte des obstacles naturels qui se trouvent sur son passage, que plus on agirait près du foyer originel de la maladie, plus aussi il y aurait de chances de l'arrêter dans sa marche envahissante, en même temps que s'amoindrirait le préjudice causé par les mesures préventives.

Prenant pour base et pour plan de son travail ces considérations préliminaires, la Commission s'est occupée tout d'abord de ce qui concerne l'Inde, le foyer originel de la maladie, au triple point de vue de l'endémicité, du développement épidémique et de l'exportation du choléra.

Pour combattre l'endémie, dont l'extinction ne lui paraît pas impossible, elle compte beaucoup sur les mesures d'hygiène déjà pratiquées et sur les travaux d'assainissement en cours d'exécution; mais elle attache en outre une grande importance à l'institution de recherches suivies ayant pour but de découvrir les conditions spéciales qui entretiennent l'endémie cholérique.

Pour restreindre le développement épidémique, — à raison de la grande part qu'y prennent les pèlerinages hindous, — la Commission a applaudi aux sages précautions déjà prises, et elle a soumis au jugement des autorités anglaises com-

pétentes l'indication de certaines mesures complémentaires dont on ne saurait nier les avantages, en les supposant praticables.

Enfin, pour prévenir autant que possible l'exportation maritime du choléra, la Commission a proposé une série de précautions dont la principale serait l'application *généralisée* du *règlement* promulgué par la Compagnie des Indes, sous le nom de *Native passenger act*, règlement qui pourrait être avantageusement modifié au point de vue de certaines précautions sanitaires.

Passant à l'importante question des mesures à prendre dans les pays intermédiaires entre l'Inde et l'Europe, la Commission s'est occupée d'abord des moyens de prévenir l'importation du choléra par voie maritime. Dans ce but, elle a étudié en premier lieu la convenance d'un établissement sanitaire à l'entrée de la mer Rouge, et elle s'est prononcée très-nettement sur l'utilité d'une telle institution et sur les conditions indispensables à son fonctionnement convenable, sans méconnaître les difficultés qui pourront bien mettre obstacle à sa réalisation.

La Commission a étudié ensuite la question du pèlerinage de La Mecque dans toutes les particularités sanitaires qui s'y rattachent : organisation d'un service sanitaire sur le littoral de la mer Rouge ; précautions relatives au départ et à l'embarquement des pèlerins ; mesure d'hygiène au lieux de pèlerinage ; mesures contre l'importation du choléra dans le Hedjaz, et enfin mesures à prendre contre les provenances du Hedjaz, en cas de choléra pendant le pèlerinage.

Après une étude approfondie, la Commission a formulé sur tous ces points des conclusions qui, selon elle, résolvent d'une manière satisfaisante et conforme à tous les intérêts le difficile problème de préserver l'Egypte, et par suite l'Europe, de l'importation du choléra par les pèlerins.

Cela fait, et prévoyant que le choléra pourrait encore pénétrer en Egypte, la Commission a posé la question de savoir si, en présence du péril extrême dont l'Europe serait menacée, il ne serait pas sage, et conforme à tous les intérêts européens, d'appliquer momentanément à l'Egypte des mesures exceptionnelles. Mais, tout en laissant entrevoir son opinion, elle s'est abstenue de répondre.

La Commission, arrivée à l'étude des moyens propres à empêcher une nouvelle invasion du choléra par la voie de terre, s'est trouvée en présence d'un problème beaucoup plus complexe et plus difficile à résoudre que le précédent. Toutefois, elle n'a pas reculé devant les difficultés de sa tâche, et si elle n'a pu donner de solutions bien rassurantes sur tous les points, elle pense avoir jeté quelque lumière sur le sujet et fourni des indications utiles.

En ce qui concerne la Perse, tout en comprenant combien serait chimérique la

prétention d'empêcher l'introduction du choléra dans ce pays, nous avons néanmoins indiqué ce qu'il y aurait à faire dans ce but et les points du territoire à garantir; mais nous avons surtout insisté sur les précautions à prendre à l'intérieur du pays pour y restreindre le développement des épidémies de choléra ; et, en tenant compte du rôle qu'y jouent les pèlerinages, nous avons indiqué les moyens d'atténuer les effets fâcheux du transport des cadavres. Là se bornait notre rôle de conseillers vis-à-vis de la Perse.

Nous avions dès lors à nous occuper des moyens de préserver la Turquie contre l'importation du choléra venant de la Perse par terre ou par le golfe Persique. Nous n'avons pas dissimulé la difficulté d'y parvenir, ni combien la ligne de défense, surtout dans sa partie méridionale, présentait de points faibles. Néanmoins nous n'avons pas désespéré de diminuer les causes d'importation et d'épidémie de ce côté ; et nous en avons énuméré les moyens. En définitive, nous avons fait remaquer que si l'importation du choléra en Mésopotamie était chose fréquente, il était rassurant de savoir que jusqu'à présent aucune invasion en Europe n'avait eu lieu par le fait de ces importations répétées.

Relativement à l'importation en Russie, nous avons été heureux de constater que, grâce à l'extension des frontières de ce grand Empire et aux précautions sanitaires déjà prises sur les limites de la Boukharie, une invasion du choléra en Europe à travers les steppes des Kirghises, comme en 1829, était désormais peu probable.

D'un autre côté, nous avons fait voir que la voie la plus dangereuse, celle par laquelle avaient pénétré les deux grandes invasions du choléra en Europe, se trouvait dans une zone très-circonscrite sur le littoral sud-ouest de la mer Caspienne, et comment la maladie, parvenue dans le delta du Kour, avait une tendance, pour ainsi dire régulière, à s'étendre au nord et à l'ouest, pour atteindre l'Europe à la fois par les bouches du Volga et par la mer Noire. Nous nous sommes efforcés d'appeler l'attention sur ce fait trop peu remarqué jusqu'ici, en insistant sur l'importance qu'il y aurait de concentrer de ce côté des moyens d'action capables d'empêcher l'importation de la maladie sur le territoire russe.

La Commission, ainsi qu'on peut le voir, n'a pas la prétention d'avoir donné la solution entière du grave problème soumis à son étude ; mais n'eût-elle fait qu'en préciser davantage tous les éléments, n'eût-elle fait que montrer la possibilité de fermer désormais, si non les deux portes d'entrée du choléra en Europe, du moins la porte maritime à travers la mer Rouge, qu'elle ne croirait pas avoir

élaboré un travail inutile. Elle aurait surtout cette conviction si la Conférence, partageant cette manière de voir, mettait, par son approbation, nos gouvernements respectifs à même de s'entendre et de combiner leurs efforts pour atteindre ce but humanitaire.

Constantinople, 20 août 1866.

Les membres de la Commission :

Comte A. de Lallemand, *président,* F. Bosi, A. Bykow, Kalergi, *secrétaire,* Salem *Bey,* A Sotto, Vernoni, A. Fauvel, *rapporteur.*

ANNEXES.

ANNEXE A.

NOTE SUR LES TRAVAUX D'ASSAINISSEMENT ENTREPRIS DANS LES GRANDES VILLES DE L'INDE, SUR LES MESURES D'HYGIÈNE PRATIQUÉES A CALCUTTA ET SUR LES ATTRIBUTIONS DES TROIS COMMISSIONS SANITAIRES PERMANENTES. (*Extrait d'un travail communiqué par M. Goodeve.*)

L'assaisissement des villes de Calcutta et de Bombay a été entrepris sur une grande échelle.

A Calcutta, on travaille depuis quelques années à un vaste système de drainage qui parcourt toute la ville, et écartera toute infiltration du fleuve; en outre le gouvernement du Bengale a sanctionné la construction d'une conduite d'eau et de canaux de distribution pour approvisionner la ville de bonne eau venant d'une distance de 25 kilomètres. Les cadavres ne sont plus jetés, à Calcutta, dans le Hooghly; l'usage en a été complétement défendu dans la ville. Les cadavres des hindous sont brûlés, et le bois pour la crémation des pauvres est fourni gratuitement par la municipalité. Les ancien égouts de la ville qui étaient comblés ont été parfaitement nettoyés. Les lieux d'aisance publics ont été soumis à des règlements qui les ont beaucoup améliorés. Les matières en sont enlevées journellement et portées à une distance d'une lieue de la ville, où elles sont enfouies dans un endroit désert. On espérait, l'année dernière, que, sous peu de temps, aucune de ces matières ne serait plus jetée dans le fleuve, attendu qu'un chemin de fer était en construction pour servir à les transporter, ainsi que toutes les immondices, dans des seaux bien fermés, à distance de la ville. La municipalité a entrepris la construction d'un grand abattoir public dans les environs de Calcutta sur les meilleurs modèles d'Europe. Quand il sera terminé, tous le abattoirs intérieurs seront sup-

primés. Tous les débris organiques, tous les animaux morts sont enlevés chaque jour et transportés hors de la ville, où ils sont brûlés dans un four *ad hoc* sans aucune mauvaise odeur. Toutes les industries nuisibles ont été bannies de l'intérieur de la ville. D'autres réformes importantes ont éte encore commencées; mais nous en avons dit assez pour montrer qu'un assainissement réel est en cours d'exécution à Calcutta.

La ville de Bombay était, depuis quelques années, en voie d'amélioration; mais elle a fait plus de progrès récemment. La municipalité vient de recevoir une nouvelle organisation. Un système plus complet de nettoyage est en exécution ; les rues sont élargies et une plus libre ventilation a été obtenue en même temps que beaucoup d'embellissements, par le terrassement des murailles de l'ancienne forteresse et la construction de nouveaux quartiers. Un système de drainage est en voie de construction. Récemment le gouvernement a préparé un acte pour régler la largeur des rues et la hauteur des maisons, le minimum des ouvertures destinées à la ventilation des chambres, et pour limiter l'encombrement dans les maisons des pauvres.

La ville de Madras a moins fait en construction nouvelles; mais on prépare des plans d'aqueducs pour y amener de la bonne eau d'une distance considérable, et pour un système de drainage.

En outre des villes capitales, l'assainissement de plusieurs autres villes et villages a été commencé, surtout des villes attenant aux stations militaires. Pour les stations militaires elles-mêmes, les plus grands changements sont effectués ou en progrés. Les casernes ont été agrandies et, dans plusieurs cantonnements, bâties à neuf, le tout sur un plan modèle qui renferme, en espace, ventilation, moyens d'ablutions, latrines, provision d'eau, etc. tout ce que l'hygiène la plus avancée peut indiquer. Le nettoyage des latrines se fait journellement, et le plus grand soin est donné au nettoyage des stations en entier.

Dans le commencement de l'année, 1864 le gouvernement fit un grand pas pour l'amélioration sanitaire de l'Inde par la nomination de *trois conseils de santé, ou commissions sanitaires permanentes,* une commission pour chaque présidence ayant son bureau respectivement à Calcutta, à Madras et à Bombay. Ces commissions sont composées d'officiers des services civils et militaires, d'ingénieurs, et de médecins. Les ordonnances qui les constituent les instruisent qu'elles doivent « donner des conseils et de l'assistance pour tout ce qui concerne la santé publique. » Ainsi le choix des nouvelles stations, l'amélioration des stations et des bazars déjà existants, l'examen des nouveaux plans de casernes et d'hôpitaux, la

disposition des cantonnements et des bazars nouveaux, l'amélioration des villes indigènes, les moyens de prévenir et d'atténuer les maladies épidémiques, et, en général, la surveillance continuelle de toutes les conditions sanitaires de la population européenne et indigène, ainsi que l'indication des causes et des moyens de prévenir les maladies, sont du ressort de ces trois commissions.

Les commissions avaient aussi des ordres pour organiser des systèmes sanitaires généraux dans chaque présidence, et des conseils de santé locaux pour diriger le service des villes, pour l'institution des officiers de santé, l'enregistrement des décès, etc.

Les plans d'organisation ont été soumis aux gouvernements, qui les ont pris en considération. Ils renferment des indications très-utiles, entre autres celle de commissions sanitaires locales exécutives qui ne peuvent pas manquer d'exercer une grande influence sur la santé publique, et notamment en ce qui concerne le développement et la propagation du choléra.

ANNEXE B.

CONSEIL LEGISLATIF DE L'INDE. *Act 21. du 5 Juin 1858.*

Titre.

Règlement applicable aux navires et bateaux à vapeur destinés aux services des passagers indigènes qui partent des possessions anglaises.

PRÉAMBULE.

Afin d'éviter les abus qui ont eu lieu par suite de l'entassement dans les navires chargés de passagers *indigènes* faisant les voyages entre les possessions de la Compagnie de l'Inde orientale et les ports de la mer Rouge et du golfe Persique, — il a été arrêté ce qui suit :

ART. 1. Tout navire portant plus de trente passagers natifs d'Asie ou d'Afrique, et qui fait des voyages entre les dites possessions et les ports de la mer Rouge et du golfe Persique, sera considéré comme navire à usage des passagers indigènes *(native passenger ship)*.

Art. 2. Les navires faisant le service des passagers indigènes ne pourront partir que des ports indiqués à cet effet par le Gouvernement (1); et après leur départ d'un point ils ne pourront plus embarquer aucun passager, sauf dans les autres ports désignés par le gouvernement.

Art. 3. Aucun navire faisant le service des passagers indigènes ne pourra entreprendre un tel voyage sans avoir pris un certificat de l'officier désigné *ad hoc*.

Art. 4. Toute contravention aux précédents articles de ce règlement sera punie d'une amende qui n'excédera pas 100 roupies (L. 10.) pour chaque passager embarqué en sus du nombre réglementaire. Cette amende sera payée, soit par le capitaine, soit par le propriétaire du navire, et le navire, au besoin, pourra être saisi par le chef de la Douane, jusqu'à l'entier payement de l'amende et des frais occasionnés par cette saisie ; pourvu que la saisie ait lieu sur le territoire de la Compagnie de l'Inde dans un délai de deux années.

Art. 5. Le gouvernement nommera des officiers pour l'exécution de ce règlement.

Art. 6. Le capitaine du navire qui devra embarquer des passagers indigènes en informera l'autorité compétente, en indiquant en même temps la destination du navire et l'époque du départ, — au moins trois jours avant de mettre à la voile.

Art. 7. Après que cette notification sera faite, l'officier désigné *ad hoc*, aura le droit, à tout moment, d'inspecter le navire, ses aménagements, ses moyens de rechange, ses approvisionnements, etc. Toute personne qui s'opposerait à une pareille inspection sera punie d'une amende dont le maximum sera de 500 roupies (L. 50) pour chaque contravention.

Art. 8. Si l'officier le jugeait nécessaire, il aura le pouvoir de faire examiner le navire par un inspecteur naval compétent, au frais du capitaine ;—et l'inspecteur déclarera si le navire est, d'après son opinion, en état d'entreprendre le voyage.

Art. 9. Cet officier ne rédigera son certificat que lorsqu'il aura été satisfait des conditions suivantes ;

A. Que le navire est en état d'entreprendre son voyage, bien équipé, bien aménagé, et bien aéré ; et qu'il ne contient aucune cargaison qui puisse nuire à la santé et à la sûreté des passagers, soit par sa qualité, sa quantité ou la manière dont elle a été arrimée.

B. Que l'espace destiné (entrepont) aux passagers contient au moins neuf pieds de surface et cinquante-quatre pieds cubes d'espace pour *chaque* passager adulte ;

(1) Les ports désignés pour la Présidence de Bombay, par notification du 15 avril 1859, sont: Bombay, Surate, Kurachée et Aden.

c'est-à-dire pour chaque passager au-dessus de douze ans, et le même espace pour deux passagers au-dessous de cet âge.

C. Qu'il y ait sur le pont un espace libre de quatre pieds de surface pour chaque passager adulte.

D. Que des provisions, du combustible et de l'eau de bonne qualité soient mis à bord, bien arrimés, et en quantité suffisante pour servir à l'usage des passagers pendant la durée déclarée du voyage du navire, et d'après l'échelle ci-dessous.

Art. 10. Le navire ne pourra contenir plus de *deux personnes* (y compris capitaine, équipage, et passagers) pour *chaque trois tonneaux* de jaugeage.

Art. 11. Le capitaine du navire, avant d'entreprendre un pareil voyage d'un port du territoire de la Compagnie de l'Inde, signera deux listes, sur chacune desquelles seront enregistrés les noms de tous les passagers et le chiffre de l'équipage, et il les remettra au susdit officier, lequel, après les avoir soigneusement vérifiées, contre-signera l'une d'elles et la rendra au capitaine.

Le capitaine ensuite aura soin d'y inscrire la date, ainsi que la cause apparente de la mort de tout passager qui succomberait pendant la traversée ; et à l'arrivée du navire au port de destination ou à tout autre port où il aurait à débarquer des passagers,— et avant d'avoir permis à personne d'aller à terre,— il remettra cette liste à l'autorité consulaire britannique, si le pays est sous la juridiction étrangère, et au chef de la Douane ou à tout autre officier nommé *ad hoc*, s'il est sous la juridiction britannique.

En cas de refus ou d'un faux, commis par le capitaine dans la rédaction de cette liste, il subira une amende dont le maximum est fixé à 500 roupies (L. 50) pour chaque contravention.

Art. 12. Si, après le départ du navire, d'autres passagers étaient embarqués sur un autre des points désignés *ad hoc* par le règlement, ou si, après avoir pris des passagers d'un port étranger, le navire revient dans un port de la Compagnie de l'Inde, le capitaine devra prendre un nouveau certificat et faire de nouvelles listes des passagers, rédigées conformément aux prévisions de cette loi.

Art. 13. Si le capitaine commet lui-même, ou permet que l'on commette une fraude quelconque par laquelle le certificat ne répondrait plus à l'état réel du navire et de ses passagers, il sera passible d'une amende dont le maximum sera de 2000 roupies (L. 200).

Art. 14. Dans les possessions britanniques les autorités compétentes du port de destination et de relâche aviseront les autorités du port de départ ou des autres ports de toute circonstance importante qui pourrait se rattacher aux prescriptions de ce règlement.

Art. 15. La copie authentique du procès-verbal d'une cour de justice et le rapport légal de l'autorité consulaire britannique dans un port étranger seront admis comme preuves, pourvu que ces documents aient été officiellement transmis à l'autorité britannique du lieu où la poursuite doit se faire.

Art. 16. Pour les fins de ce règlement, la durée assignée au voyage des navires destinés au service des passagers indigènes, d'un port à un autre, sera proclamée de temps en temps dans une gazette officielle.

Art. 17. Tout navire chargé de passagers indigènes aura, au moment du départ, des provisions de bonne qualité à l'usage des passagers (celles de l'équipage non comprises) dans les proportions suivantes : Une quantité d'eau qui fournirait *cinq gallons* par semaine à chaque passager, pour tout le temps que doit durer le voyage, eau qui sera conservée dans des caisses en fer (tanks) ou dans des barils sains ; une quantité de riz, farine, gruau, ou autres substances farineuses, telle à pouvoir en donner *sept livres* en poids, par semaine à chaque passager, pendant toute la traversée. Et si le navire doit relâcher sur un point quelconque pendant le cours de son voyage pour faire de l'eau, qu'il en prenne la quantité suffisante d'apres les propositions établies dans ce règlement.

Le gouvernement local aura le droit, s'il le juge nécessaire, de faire substituer par d'autres aliments ceux ici énumérés.

Art. 18. Les passagers qui auront stipulé de se fournir eux-mêmes leurs vivres, ne seront pas compris dans ce règlement sauf pour leur approvisionnement d'eau.

Art. 19. Un navire venant da la mer Rouge, ou du golfe Persique, dans un port quelconque du territoire de la Compagnie de l'Inde, qui aurait à bord un chiffre de passagers au delà de celui établi par ce règlement payera une amende dont le maximun sera de 50 roupies (L.5) pour chaque passager en sus de la proportion établie.

Art. 20. Ce règlement ne sera pas appliqué aux navires de guerre, aux transport de l'Etat et aux paquebots-poste anglais ou étrangers.

Art. 21. Les bateaux à vapeur prenant des passagers, qui font la navigation le long des côtes du territoire de la Compagnie de l'Inde, auront un certificat dont les termes seront ci-aprés indiqués.

Art. 22. Le certificat sera donné, s'il le juge convenable, par un officier du gouvernement et il restera en vigueur pour un temps déterminé et inscrit au dit certificat. L'officier chargé de ce service ne donnera pas le certificat, ou, l'ayant donné, le révoquera chaque fois qu'il ne sera pas satisfaite de l'inspection faite au moins deux fois par année, aux frais du capitaine ou du propriétaire, moyen-

nant une somme qui n'excédera par 20 roupies (L.2). L'inspection aura pour but d'établir que ce bateau est en état d'entreprendre les voyages de mer, qu'il est bien équipé et fourni d'un nombre suffissant d'embarcations, et que sa machine est en bon état.

Le certificat indiquera les limites des voyages et le chiffre des passagers indigènes que le bateau pourra prendre; ces conditions étant sujettes à des variations, selon la saison de l'année, la nature du voyage et la cargaison du bateau.

Art. 23. Le propriétaire ou capitaine affichera une copie de ce certificat dans une partie du navire où il sera visible de tous à bord, le laissant ainsi tant qu'il restera en vigueur. A défaut de quoi il payera une amende qui ne dépassera pas 200 roupies (L.20) pour chaque contravention.

Art. 24. Si le bateau avait à bord un nombre de passagers au delà de celui prescrit dans le certificat, le propriétaire ou le capitaine payerait une amende qui ne dépassera pas 20 roupies (L.2) pour chaque passager en sus.

Art. 25. Si un tel bateau entreprend son voyage sans certificat, le propriétaire ou le capitaine payera une amende dont le maximum sera de 500 roupies (L.50).

Art. 26. Le certificat ne pourra être livré ni révoqué, sans l'autorisation du gouvernement local.

Art. 27. Si un passager indigène vient à être débarqué sur un autre point que celui pour lequel il a contracté, à moins que ceci ne se passe avec son consentement, ou par force majeure, le capitaine payera pour chaque contravention une amende dont le maximum sera de 200 roupies (L.20).

Art. 28. Ce règlement n'affecte nullement les droits que, d'après leurs contrats, les passagers peuvent faire valoir contre le capitaine, propriétaire ou agent du bateau.

Art. 29. Toutes les offenses contre ce règlement seront *sommairement* punies devant un magistat. Si la personne condamnée est le capitaine ou le propriétaire du bateau, et si l'amende n'est pas payée conformément au décret du magistrat, celui-ci pourra faire vendre le bateau et ce qui lui appartient, afin de couvrir l'amende encourue.

Art. 30. L'application des pénalités, d'après ce règlement, pourra se faire dans la juridiction du magistrat où le coupable sera trouvé.

Art 31. Les penalités établies par ce règlement contre les capitaines et les propriétaires des navires, ne pourront être requises qu'à la demande des officiers autorisés à donner des certificats, et, à défaut de ceux-ci, à la demande du chef de la Douane.

Art. 32. *Application des pénalites.* Le magistat en appliquant une pénalité prévue par ce règlement, aura le droit, s'il le juge convenable, de prélever tout ou partie de l'amende pour indemniser ceux qui auraient été lésés par le fait de la contravention, et aussi pour couvrir les frais de procédure.

Art. 33. Définition des mots *magistrat, gouvernement local* et *capitaine* (master).

Art. 34. Date de la mise en vigueur du dit règlement: 1er août 1858.

W. Morgan
Secrétaire du Conseil législatif de l'Inde.

ANNEXE C.

RÈGLEMENT APPLICABLE AUX PÈLERINS DES POSSESSIONS HOLLANDAISES.

Le gouvernement général des Indes néerlandaises a soumis les pèlerins, par ordonance du 6 juillet 1859, aux obligations suivantes:

1° Chaque homme ou femme de la population indigène, sous la domination du gouvernement, qui se propose de faire le pèlerinage de La Mecque, sera obligé de prendre un passe-port delivré par l'administration du district où il demeure.

2° Il ne pourra obtenir ce passe-port que par l'intermédiaire du régent respectif. Avant de délivrer ces passe-ports, l'autorité sera obligée de s'assurer que les sollicitants ont les moyens nécessaires pour les frais de voyage (aller et retour), et qu'ils ont pris les mesures convenables pour l'entretien de leur famille pendant leur absence.

3° Le porteur du passe-port est obligé de présenter et de faire viser son passe-port quand il arrive dans un lieu où il y a un consul ou agent consulaire du gouvernement des Pays-Bas.

4° A son retour il est obligé de s'adresser au gouverneur du lieu de sa première arrivée dans les Indes néerlandaises, qui mettra son visa sur le passe-port, pour que le pèlerin continue son voyage jusqu'à l'endroit de son domicile.

Après son arrivée, il est obligé de se présenter immédiatement è l'autorité du lieu de son domicile, qui indique sur son passe-port la date de son retour chez lui.

5° Seront punis d'une amende de 25 à 100 florins ceux qui auront fait le voyage à La Mecque sans s'être munis d'un passe-port, ou qui auront commis une contravention à l'égard des articles 3 et 4.

6° Les passe-ports des pèlerins de La Mecque seront enregistrés dans des dossiers spéciaux arrangés d'après le modèle indiqué dans l'ordonnance.

TABLE DES MATIÈRES.

Pages.

INTRODUCTION..... 1

CHAPITRE Ier.

QUESTIONS PRÉLIMINAIRES.

I. Si l'on pèse, d'un côté, les inconvénients qui résultent, pour le commerce et pour les relations internationales, des mesures restrictives, et, de l'autre, la perturbation qui frappe l'industrie et les transactions commerciales à la suite d'une invasion de choléra, de quel côté croit-on que pencherait la balance?..... 2

II. Ne faut-il pas partir du principe fondamental que plus les mesures quarantenaires et autres moyens prophylactiques sont apliqués près du foyer primitif, plus on peut compter sur leur efficacité?.... 6

CHAPITRE IIme.

MESURES A PRENDRE DANS L'INDE.

III. Y a-t-il lieu d'espérer qu'on puisse parvenir à éteindre le choléra dans l'Inde, ou du moins à y restreindre son développement épidémique? etc..... 16

IV. D'après ce que nous savons du rôle capital que jouent les pèlerinages dans le développement épidémique du choléra aux Indes, n'est-il pas à désirer que l'on s'applique à restreindre le plus possible l'influence de cette cause? etc..... 19

V. N'y a-t-il pas nécessité de se préoccuper des moyens propres à prévenir l'exportation du choléra de l'Inde? etc..... 23

CHAPITRE III^me^.

Mesures a prendre dans les pays intermédiaires entre l'Inde et l'Europe.

A—Mesures contre l'importation du choléra de l'Inde par la voie maritime.

Pages.

VI. Ne serait-il pas convenable d'instituer à l'entrée de la mer Rouge, dans une île s'il est possible, un établissement sanitaire où tous les navires entrant dans cette mer seraient soumis à un arraisonnement et seraient, s'il y avait nécessité, assujétis à des mesures de quarantaine ?..... 27

1° Convenance d'un établissement sanitaire à l'entrée de la mer Rouge..

2. Quel serait le caractère de cet établissement?..... 30

3° Dans quels cas, comment et par qui seraient appliquées les mesures ? 30

VII.— Question du pèlerinage de La Mecque.

1° Organisation du service sanitaire sur le littoral de la mer Rouge..... 32

2° Conditions pour le départ et précautions relatives à l'embarquement des pèlerins..... 39

3° Mesures d'hygiène à mettre en pratique dans les lieux où s'accomplit le pèlerinage..... 40

4° Y aurait-t-il quelque mesure à prendre dans le Hedjaz contre l'importation du choléra par mer, ou par terre?..... 42

5° Mesures à prendre contre les provenances du Hedjaz, si le choléra s'y manifestait pendant le pèlerinage..... 43

VIII. *Mesures à prendre dans le cas où le choléra éclaterait en Egypte*..... 51

B—Mesures contre l'importation du choléra de l'Inde en Europe par la voie de terre. 53

IX. Mesures à prendre en Perse: organisation d'un système sanitaire; précautions concernant les pèlerinages, le transport des cadavres, etc..... 54

Pages.

X. Mesures à prendre sur la frontière turco-persane..... 57
XI. Mesures contre l'importation du choléra par la Boukharie et les steppes de la Tartarie..... 61
XII. Mesures à prendre sur la frontière russo-persane..... 65
Résumé..... 69

ANNEXES.

Annexe A — Note sur les travaux d'assainissement entrepris dans les grandes villes de l'Inde, etc..... 73
Annexe B — Règlement applicable aux navires affectés au service des passagers indigènes, etc..... 75
Annexe C — Règlement applicable aux pèlerins des possessions hollandaises..... 80

N° 30.

SÉANCE DU 27 AOUT 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent soixante-six, le 27 août, la Conférence Sanitaire nternationale a tenu sa trentième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour l'Espagne:

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M Kalergi, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes ;

Pour l'Italie :

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

Mirza-Malkom-Khan, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur Sawas Efendi, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio Gomez, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. le B^{n} Testa, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur LENZ, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur BYKOW, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. OLUF STENERSEN, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron HÜBSCH ;

Pour la Turquie :

S. Exc. SALIH EFENDI, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur BARTOLETTI, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur SALEM BEY, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

M. Fauvel commence la lecture du Rapport qui porte pour titre: *Rapport sur les mesures à prendre pour prévenir de nouvelles invasions du Choléra en Europe* (annexe au procès-verbal N° 29.) et s'arrête à la conclusion de la première partie du 1^er^ chapitre des *questions préliminaires*.

M. Maccas demande la paroel.

Il adhère, dit-il, à la solution que la Commission a donnée à la question : mais, selon lui, cette question n'aurait pas dû être posée. On ne pourrait la traduire autrement que sous forme de dilemme ou d'alternative : c'est comme si on disait à quelqu'un : Que préférez-vous, avoir des mesures restrictives et point de choléra, ou n'avoir point de mesures restrictives et vous exposer au danger d'une épidémie de choléra ?

Il est évident, dit M. Maccas, que pour poser cette alternative, on devrait avoir prouvé d'avance deux choses, savoir : 1° que les mesures restrictives (les quarantaines) peuvent garantir avec efficacité un pays du choléra ; 2° que le choléra peut ravager un pays malgré toutes les mesures hygiéniques, y compris la désinfection, appliquées dans son intérieur, si l'on ne fait pas usage en même temps de mesures restrictives sévères.

Ces deux choses étant prouvées, il serait, fait observer M. Maccas, presque insulter quelqu'un que de lui poser cette question, alors même que les pertes occasionnées par le système quarantenaire seraient très fortes et surpasseraient les dommages résultant de l'invasion du choléra.

M. Maccas croit que dans un seul cas seulement une pareille question serait permise, cela serait dans le cas où on ne réussirait pas complètement à convaincre un gouvernement ou un pays de l'efficacité des quarantaines envers lesquelles ils seraient incrédules, ou bien à les convaincre de leur excessive crédulité à l'égard de l'efficacité des mesures hygièniques, appliquées seules et sans avoir recours au système quarantenaire. C'est alors seulement que l'argumentation qu'on vient de faire pourrait être de quelque utilité et que la question pourrait être justifiée. Et encore, poursuit M. Maccas, il faudrait supposer un pays ne pouvant subsister que de commerce, un pays dans lequel une interruption provisoire, ou une diminution de son commerce serait considérée comme un désastre aussi grand que la présence du fléau lui-même. Un tel pays ne consentirait à faire de si grands sacrifices qu'en faveur de mesures de nature à le garantir complètement, mais jamais pour des moyens qui ne lui promettraient qu'une garantie imparfaite.

Mais dès qu'on a reconnu et admis l'efficacité des mesures restrictives, il n'y a plus lieu, dit M. Maccas, de s'arrêter sur les dommages que subit le commerce.

Toutefois la question étant posée, M. Maccas voudrait la rendre plus complète en y ajoutant quelques mots pour faire entendre qu'on a exagéré les dommages que les quarantaines causent au commerce. En même temps il serait d'avis de n'établir aucune comparaison entre ces dommages et ceux qui résultent de l'invasion du choléra.

M. Dickson croit opportun de rappeler que la question des dommages, soit par les mesures restrictives, soit par une invasion de choléra, est une question purement relative. Il y a des pays qui ne souffrent nullement dans leur commerce par le fait de l'invasion ; dans ces pays, aux Indes par exemple, et en Angleterre, les mesures restrictives causeraient au commerce beaucoup plus de dommages que le choléra lui-même. Mais beaucoup d'autres pays se trouvant dans d'autres conditions souffriraient dans leurs transactions commerciales beaucoup plus par le fait du choléra que par les mesures restrictives. M. Dickson pense par conséquent qu'on

a bien fait de poser la question et de la résoudre dans le sens du Rapport, puisqu'il est incontestable qu'en Europe de surtout la solution ce te question est d'un grand intérêt.

M. Monlau croit que cette question n'est pas de nature à occuper une Conférence Sanitaire : elle serait plutôt du ressort d'un congrès d'économistes : d'ailleurs, il y a manque de données exactes.

M. Monlau voudrait savoir quelles sont les *relations internationales* dont il est fait mention dans l'énoncé de la question. A ce propos, il demande si on a bien évalué les inconvénients des mesures restrictives pendant une guerre ou une révolte, etc.

Finalement, M. Monlau avoue ne pas comprendre la raison qui a décidé la Commission à prendre pour point de départ l'efficacité absolue des mesures restrictives, efficacité qui, de l'aveu même de la Commission, n'est que relative et très douteuse dès que le choléra a pénétré dans le bassin de la Méditerranée.

M. de Lallemand, dans l'intérêt de la discussion, expose, en peu de mots, ce qui s'est passé au sein de la Commission, à propos de cette question.

Quelques membres, dit-il, M. Van-Geuns, entr'autres, avaient entrevu dans cette question une autre question, celle des quarantaines. Mais on leur fit observer que la question dont on s'occupait supposait déjà résolue celle de l'efficacité des quarantaines. La Commission donc partant de l'hypothèse que : si les quarantaines sont bien pratiquées elles peuvent préserver d'une invasion cholérique, a conclu que les mesures quarantenaires ont des avantages et causent moins de dommages qu'une l'épidémie cholérique.

M. de Lallemand en outre fait observer que dans la conclusion il est dit que les mesures restrictives connues d'avance et convenablement appliquées sont beaucoup moins préjudiciables pour le commerce et les relations internationales que la perturbation qui frappe l'industrie et les transactions commerciales à la suite d'une invasion de choléra. Il est évident, dit M de Lallemand, que tout cela repose sur l'hypothèse de l'efficacité des mesures de quarantaine, acceptée d'avance et résolue affirmativement.

M. Goodeve opine que si les Gouvernements étaient convaincus de l'efficacité des mesures restrictives, ils n'hésiteraient pas à les adopter pour préserver du fléau les populations, n'importe à quels sacrifices pécuniaires. Le chapitre en discussion fait remarquer M. Goodeve, n'entre pas dans la question humanitaire, mais seulement dans celle des pertes ou des béné-

fices résultant des mesures restrictives considérées au point de vue commercial. La Commission, croit-il, a pesé trop fortement sur les pertes causées pendant les épidémies par les perturbations commerciales, et trop légèrement sur celles causées par les mesures restrictives. La balance, à son avis, dépend de plusieurs circonstances et elle peut varier dans différentes localités selon l'importance des relations commerciales entravées d'un côté, et la durée des mesures restrictives de l'autre. Dans quelques endroits le commerce est tout-à-fait suspendu pendant une épidémie, dans d'autres il n'est pas considérablement interrompu. Il n'est pas à croire que le commerce de Paris ou de Londres puisse être sensiblement arrêté parce que le choléra y règne. Ces villes auraient peut-être beaucoup plus perdu si elles avaient été assujetties, pendant de longs mois, à des mesures restrictives, comme cela aurait eu lieu si on avait pris de telles mesures quand le choléra commençait à les menacer. Or, conclut M. Goodeve, la question ne peut être véritablement résolue que par des chiffres, chiffres que la Commission n'a pas eu à sa disposition. Faute de cela, les conclusions au lieu de s'appuyer sur des faits, sont uniquement le résultat d'opinions,individuelles. M. Goodeve se voit obligé, par manque d'informations à ce sujet, de s'abstenir de voter sur la conclusion.

M. Fauvel signale la divergence d'opinions qui règne parmi les orateurs. Par les diverses remarques et objections qu'ils ont faites, on voit, dit M. Fauvel, qu'aucun d'eux n'envisage la question au même point de vue. M. Goodeve est d'un autre avis que M. Maccas, et M. Monlau a aussi une opinion à lui.

M. Fauvel peut répondre à M. Maccas et lui expliquer dans quel sens la question a été posée en se servant des paroles même de M. Goodeve. En effet, M. Goodeve a fait comprendre qu'indépendamment de la question humanitaire, la question, telle que la Commission l'a posée, renferme un autre point de la plus haute importance, savoir, le dommage et le préjudice que les mesures restrictives produisent dans le commerce là où elles sont appliquées. Il y a des pays, a dit M. Goodeve, qui croient qu'une épidémie cholérique cause moins de dommages que les mesures restrictives, et c'est à cause de cela qu'ils n'en veulent pas. Ce raisonnement continue M. Fauvel, a été tenu en Angleterre et ailleurs. Or donc, c'est là-dessus précisément que porte la question puisqu'elle met en balance le préjudice causé au commerce par le choléra et le préjudice qui provient des

mesures restrictives. Mais la question, fait observer M. Fauvel, considère aussi si les quarantaines peuvent causer d'autres préjudices, si elles peuvent, par exemple, augmenter la misère, produire la disette, etc. Tout cela prouve qu'on n'a pas eu tort de s'en occuper.

Pour ce qui est, dit M. Fauvel, des observations de M. Monlau, M. de Lallemand les a suffisamment réfutées et il a démontré que laCommission ayant pris une hypothèse pour point de départ, n'a fait que répondre à cette hypothèse.

La Commission, poursuit M. Fauvel, est bien loin de croire à l'efficacité absolue des mesures restrictives; elle ne les considère que d'une efficacité relative, et elle a eu soin de recommander que les mesures inutiles soient proscrites. Toute la question, selon M. Fauvel, consiste à savoir si les quarantaines et les mesures restrictives en général causent plus ou moins de dommage que le fléau lui-même. M. Goodeve et Van-Geuns raisonnent bien, d'après M. Fauvel, lorsqu'ils soutiennent que l'application des mesures restrictives, ne serait, dans certains pays, d'aucun avantage. La Hollande et l'Angleterre sont dans cette catégorie. Toutefois, M. Fauvel croit trouver l'explication de ce fait dans cette circonstance, à savoir, que ces pays ont moins souffert que d'autres à cause du choléra, moins, par exemple, que Marseille et même Constantinople dans sa dernière épidémie. On pourrait aussi ajouter que dans ces pays-là on ne croit pas à l'efficacité des mesures restrictives et on ne voit que le préjudice qu'elles causent. Ailleurs, aux Indes, par exemple, on s'est habitué au choléra, comme jadis Constantinople s'était habituée à la peste.

Finalement, dit M. Fauvel, on pourrait répondre à M. Goodeve qui croit que la Commission ne s'est pas appuyée sur des faits, et qu'elle n'a fait qu'exprimer une opinion, qu'à défaut de statistiques, la balance qu'elle a établie repose sur des renseignements fournis par des personnes compétentes, par des négociants. Or, l'opinion de la Commission ne peut tomber que si on démontre le contraire, ce qui n'a pas été fait.

M. Fauvel estime que l'addition proposée par M. Maccas n'est nullement nécessaire ; car l'idée qu'il a exprimée se trouve dans le corps du Rapport

Relativement à l'Angleterre, dit M. Goodeve, si on était sûr de l'efficacité des mesures restrictives, on ne tarderait pas à en faire l'application : chacun voudrait s'y soumettre plutôt que d'avoir le choléra.

Point n'est besoin, dit M. Bykow, de déclarer qu'en sa qualité de membre

de la Commission il partage complètement la manière de voir de M. Fauvel. Mais il veut dire quelques mots en réponse à M. Maccas qui étant contraire à l'idée de comparaison énoncée dans le Rapport propose une modification où la comparaison existe de même. Sa modification, selon M. Bykow, ne change en rien le sens de la conclusion, c'est pourquoi il la considère superflue.

Sur la demande de plusieurs Délégués, M. le Président met aux voix le texte et la conclusion de la première partie du chapitre 1er des questions préliminaires.

La Conférence les adopte à la majorité de 20 voix contre 0.

Ont voté pour :

MM. Monlau, Spadaro, de Lallemand, Fauvel, Dickson, Kalergi, Maccas Salvatori, Bosi, Mirza-Malcom-Khan, Sawas, Gomez, Testa, Mühlig, Lenz, Bykow, Hübsch, Stenersen, Bartoletti, S. Exc. Salih Effendi.

Se sont abstenus de voter :

MM. Goodeve, Keun, Millingen.

M. Fauvel continue la lecture du rapport jusqu'à la moitié de la page 9.

M. Bykow demande la parole :

Il fait observer que dans le Rapport il est dit que le choléra menace la Russie par Nakhtchivan, bien qu'il ait ordinairement suivi d'autres routes. Pour que cette opinion, dit M. Bykow, émise par la Commission ne paraisse pas arbitraire et pour lui donner plus de consistance, il s'empresse d'ajouter que d'après les renseignements officiels qu'il possède, le choléra qui en 1845 sévissait en Perse, se manifesta dans la province de Kardaha au mois de septembre de la même année. Kardaha est contiguë au district de Nakhtchivan, donc il menaçait réellement cette province en 1846.

Le Rapport, dit Mirza-Malcom-Khan, a établi que le choléra va de Meched à la Boukarie. Cette voie ne lui paraît pas la plus naturelle, attendu que Boukara est séparée de Meched par un désert presque infranchissable. Ne serait-il pas plus naturel, se demande Mirza-Malcom Khan, de faire aller le choléra en Boukarie par l'Afghanistan tout autant que par cette même voie il entre en Perse?

M. Sawas est d'avis que dans le Rapport il n'y a pas d'inexactitude, il trouve seulement qu'il serait bon d'y ajouter quelque chose de plus précis, et il se réserve de le proposer dans une autre séance.

M. Fauvel en réponse à Mirza-Malcom Khan rappelle que c'est M. Polak,

qu'on croyait bien instruit sur la Perse, qui a donné des renseignements sur Meched et la Boukarie. D'après M. Polak, des relations entre ces deux pays non-seulement sont possibles, mais elles existent, et il y a même des caravanes qui vont de l'un à l'autre pays. Toutefois, fait remarquer M. Fauvel, la Commission n'a pas dit que c'est la seule voie par où le choléra entre en Boukarie. Le Rapport dit dans un autre endroit que dans deux épidémies le choléra a pénétré en Boukarie par l'Afghanistan.

M. Testa, à l'appui de l'opinion de M. Fauvel, cite l'ouvrage tout récent d'un Anglais sur l'Asie Centrale où il est question des caravanes dont a parlé M. Polak.

Malgré ces considérations, Mirza-Malcon-Khan trouve la chose assez difficile. Il a entendu parler de plusieurs voyageurs qui, après des années de voyage, n'ont pu pénétrer de ce côté-là en Boukarie. Mais c'est bien différent, dit-il, du côté de l'Afghanistan, l'identité de la religion et autres circonstances rendent les rapports et les communications assez faciles entre Boukare et l'Afghanistan.

Qu'il lui soit permis, dit M. Keun, de faire à son tour une petite observation sur une phrase qu'il a remarquée à page 8 du Rapport, où il est dit que Singapore, à l'extrémité de la presqu'île malaise, mérite une attention toute spéciale.

M. Keun déclare adhérer complètement à la conclusion contenue dans cette phrase, mais il ne peut pas en faire autant quant à celle du passage qui dit: Non seulement Singapore est un grand entrepôt commercial, mais par ses rapports constants avec la péninsule Indienne, elle paraît être aussi un entrepôt de choléra, etc.

M. Keun croit que la qualification qui est donnée à Singapore d'entrepôt de choléra est trop forte et même injuste. En premier lieu, dit-il, ce n'est pas par les relations de commerce qu'elle entretient incessamment avec la péninsule Indienne que Singapore peut être considérée comme un point dangereux. Malgré ces relations Singapore est une des localités de la presqu'île Indienne qui est beaucoup plus rarement que les autres attaquée par le choléra.

M. Keun est d'avis que l'attention toute spéciale que la Conférence doit porter sur Singapore provient uniquement de ce que son port est le point convergent ou de réunion de tous les pèlerins des contrées Indiennes qui viennent y chercher un embarquement pour se rendre dans le Hedjza.

A ce point de vue, dit M. Keun, le danger que Singapore peut présenter mérite certainement d'être bien étudié. Mais il croit que dans cette étude il faudrait prendre en considération un fait important, savoir, que le minimum de la navigation entre Singapore et le premier port de relâche sur la côte sud Arabique est de 50 à 60 jours, période pendant laquelle une épidémie de choléra contracté à Singapore aurait fait son cours ordinaire, et aurait eu le temps de s'éteindre avant l'arrivée du navire à Djeddah. Ne faudrait-il donc, se demande M. Keun, s'assurer si les navires arabes qui transportent les pèlerins, navires qui comme chacun sait se trouvent généralement dans des conditions d'hygiène très déplorables, et où les pèlerins sont entassés de la manière la plus inhumaine et la plus irréfléchie, ne faudrait-il pas s'assurer que ces navires, à leur tour, ne deviennent eux-mêmes, grâce à une longue traversée sous un ciel torride, des foyers d'où naît le choléra qui est apporté au Hedjaz? Ne faudrait-il pas, en outre, s'assurer si les ports du Sud de la presqu'île Arabique, que l'on sait être très fréquemment visités par le choléra ne sont pas plutôt que Singapore, les sources d'où les navires arrivant de l'Inde avec des pèlerins, puiseraient la maladie, qui de là serait importée dans le Hedjaz?

M. Keun exprime la crainte qu'en donnant à Singapore la qualification redoutable d'entrepôt du choléra, on y concentrerait trop l'attention de la Conférence tandis qu'on l'en détournerait des autres ports intermédiaires de la côte arabique dont l'état normal sanitaire est encore peu connu. C'est pourquoi M. Keun propose de supprimer les mots, entrepôt de choléra.

M. Bartoletti pense que le Rapport s'exprime bien relativement à Singapore, et il ne peut pas, dit-il, partager l'opinion de M. Keun qui a presque voulu dire que c'est de Mokalla que les pèlerins puisent le choléra. M. Bartoletti lui fait remarquer que les bateaux ne font pas directement le voyage de Singapore à Mokalla. Tant les documents hollandais que les rapports des autorités ottomanes et surtout ces derniers, ont pleinement constaté que les navires sortant de Singapore ont apporté le choléra même en passant dans une autre direction que Mokalla.

M. Dickson fait observer que le Rapport pèse trop sur l'importation du choléra dans le Hedjaz par la voie directe de Singapore. Il lui paraît peu probable qu'un voyage qui dure au moins 50 jours en pleine mer, puisse disséminer le choléra. En effet, dit M. Dickson, les provenances de Singa-

pore citées comme ayant l'année dernière donné cette maladie au Hedjaz, ne l'ont manifestée qu'après *relâche faite* sur quelques points du littoral arabique. D'autre part, M. Dickson croit que le véritable chemin suivi par le choléra dans ses transmissions de l'Inde, *voie de mer*, est le long de la côte de Mekan, et qu'il ne voyage jamais par *voie indirecte*.

La première épidémie de choléra en 1821, s'est dirigée, dit M. Dickson, de l'Inde vers Maskat, où il est arrivé au mois de juillet. L'épidémie de 1865 a eu pour son point de départ deux foyers d'émission très écartés l'un de l'autre: l'un était à Djeddah et l'autre dans l'Inde. Les deux courants, après un trajet plus ou moins considérable, se rencontrèrent dans les parages de Bouchir, néanmoins cette ville resta indemne.

De l'Inde la maladie s'avança le long de Mekram et se trouva, à la fin de mai à Minah, sur la rive Persane du golfe, à 60 m. à l'Est de Bender-Abbas. A cette époque la chaleur était tellement forte, que les habitants étaient forcés d'abandonner la ville, circonstance qui l'a probablement sauvée, en arrêtant vers Bouchir la marche de la maladie.

L'autre courant, continue M. Dickson, est parti de La Mecque, en suivant la route des pèlerins par Aneyzeh, vers la capitale des Wahabies, nommée Der Reyeh. De là, il se dirigea à Djahara, près de Koneït, ensuite à Chatt-el-Arab et à Bassora.

M. Keun reconnaît à chacun le droit d'interprêter les faits comme il l'entend. Seulement il s'inscrit contre la supposition que M. Bartoletti lui a prêtée de faire venir le choléra de Mokalla à Djeddah.

M. Bartoletti rappelle que les bateaux qui partent de Singapore touchent à la côte Indienne: Le germe cholérique peut, selon lui, rester latent dans les navires jusqu'à leur arrivée sur la côte Arabique, par exemple, où il peut se développer et se communiquer. M. Bartoletti partage l'avis de M. Dickson qui a dit que le choléra peut venir par la côte Arabique.

M. Goodeve, de son côté, ne cache pas son étonnement de voir dans le Rapport que Singapore est considérée comme un entrepôt de choléra Il croyait au contraire, que c'est un endroit où le choléra n'a paru qu'épidémiquement et même pas souvent. M. Goodeve est d'avis qu'on a fait beaucoup de cas de Singapore comme source de choléra pour le Hedjaz : or, elle ne peut d'aucune manière être considérée comme un grand foyer d'exportation maritime du choléra, et vu sa distance qu'on ne peut parcourir à moins de 50 ou 60 jours de voyage elle ne peut pas être bien compromettante pour le

Hedjaz. M. Goodeve n'entend pas revenir sur ce qui a été déjà dit à propos de l'importation cholérique de Singapore en 1865 : il se borne à dire qu'il n'est nullement prouvé, et qu'il n'est pas même probable que le choléra soit venu de Singapore au Hedjaz. A ce propos il est bien aise de voir que la Commission aussi dans un passage de son rapport reconnaît que l'importation directe n'a pas été rigoureusement démontrée.

Relativement à ce qui est dit dans le même endroit du rapport, que l'embarquement des pèlerins s'y fait dans des conditions on ne peut plus fâcheuses, M. Goodeve tient à faire observer que ce n'est qu'une partie des pèlerins qui s'embarquent dans de telles conditions, ce sont ceux qui voyagent dans des navires portant pavillon ottoman, mais ceux qui s'embarquent dans des navires portant pavillon anglais et qui sont régis par le règlement du *native passenger act*, voyagent dans de très bonnes conditions; sur 6 navires qui en 1865 arrivèrent de Singapore à Djeddah, dix portaient pavillon anglais et 16 seulement pavillon ottoman.

M. Fauvel, en réponse aux observations de M. Keun, rappelle que tout ce qui dans le rapport est relatif à Singapore a été principalement fourni par M. Van Geuns. C'est sur ses renseignements que surtout Singapore a été considérée comme point d'irradiatio n cholérique. En effet, continue M. Fauvel, Singapore a été présentée par M. Van Geuns comme l'endroit de réunion des pèlerins indiens venant de plusieurs endroits, même de Bengale; en outre il pensait que c'est de ce point que l'an dernier sont partis les navires qui pendant leur traversée ont le plus souffert de la maladie.

Relativement aux considérations faites par M. Goodeve sur les conditions fâcheuses de l'embarquement des pèlerins, M. Fauvel fait remarquer que le rapport ne dit pas que cet embarquement s'opère sur des navires portant pavillon anglais ; précisément dans d'autres endroits du rapport on a eu même soin de dire que pour se soustraire au règlement du « native passenger act », dont M. Goodeve a parlé, on prend le pavillon ottoman. Or ces navires, ajoute M. Fauvel, sont en nombre considérable, presque autant que ceux qui ont le pavillon anglais. Dans plusieurs endroits du rapport on trouve aussi, dit M. Fauvel, tout ce que M. Dickson a dit, presque exactement, quoique en termes différents même au sujet de Maskat. Donc, M. Dickson est parfaitement d'accord avec la Commission, à moins qu'il ne veuille nier la possibilité de l'importation du choléra des Indes à la mer Rouge.

M. Bartoletti confirme le fait cité par M. Goodeve à propos des seize navires dont dix portaient pavillon anglais et six pavillon ottoman. Mais il fait observer que d'après les renseignements fournis par M. Millingen, dix mille pèlerins javanais s'étaient embarqués l'année passée à Singapore,sans compter dans ce chiffre les pèlerins qui n'étaient pas sujets hollandais. Tout cela, selon M. Bartoletti, peut donner une idée du nombre des navires partant de Singapore et des conditions dans lesquelles s'effectue l'embarquement des pèlerins. Ce sont, pense-t-il, des conditions tout-à-fait exceptionnelles qui rendent Singapore un entrepôt commercial et en même temps un entrepôt de maladie. M. Bartoletti conclut que s'il n'est pas démontré, il est du moins très-probable, que l'an dernier le choléra soit venu de Singapore au Hedjaz.

M. Fauvel se demande comment serait-il possible de concilier ce fait, à savoir, que l'an dernier il y a eu 16 navires partant de Singapore et 10,000 pèlerins javanais, sans parler des non-hollandais qui ont dû s'y embarquer. Ces navires, fait observer M. Fauvel, n'auraient pu transporter qu'une partie des pèlerins, par conséquent tout le reste doit s'être embarqué sous d'autres navires dont on ne parle pas.

Un des documents, dit M. Keun, remis par les Délégués néerlandais à la seconde commission, est le rapport de M. Bougaret reçu de Djeddah et ayant trait à la condition des pèlerins javanais qui, l'année passée, se sont rendus dans le Hedjaz. Dans ce rapport il est fait mention de 3,000 environ de ces malheureux pèlerins qui avaient péri dans le désert en allant de Médine à La Mecque. M. Bougaret parle en outre de 800 passe-ports qui auraient été exhibés à Djeddah au retour des pèlerins javanais. Il parle aussi de la dénomination de javanais donnée indistinctement à tous les pèlerins de la presqu'île de Malacca et des districts indépendants de la domination néerlandaise. D'après ce même rapport, dit M. Keun, les chiffres constatés ne s'élèvent pas tous ensemble,à plus de 3800,

M. Millingen prévient qu'on fait confusion dans les dates entre 1864 et 1865. Le rapport du consul cité par M. Keun est relatif à l'année 1864.

M. Bartoletti considère cette effrayante mortalité presque comme impossible. Il a de la peine à comprendre que sur 3,800, 3,000 soient morts.

Sur la demande de plusieurs délégués Son Excellence le Président met la 2^{me} partie du 1er chapitre aux voix jusqu'à la moitié de la page 9.

Elle est adoptée à l'unanimité.

M. Fauvel donne lecture de la fin de la 2me partie du 1er chapitre des questions préliminaires.

M. Keun demande la parole.

Son intention étant, dit-il, de voter en faveur du texte et de la conclusion de ce chapitre, il se croit en devoir de justifier l'apparente contradiction qu'on pourrait lui reprocher, puisque, il a déjà voté contre la première partie de ce même chapitre.

M. Keun a pensé qu'en concluant en faveur d'une application générale des mesures quarantenaires, on n'a pas assez tenu compte de la position respective de chaque pays afin d'établir la balance des avantages qu'ils peuvent en retirer, et, des conséquences plus ou moins désastreuses que les mesures restrictives pourraient exercer sur son commerce et sur son industrie. M. Keun croit que la conclusion sur ce point a été trop généralisée.

Il est incontestable, d'après M. Keun, que pour les ports de la Méditerranée où il y a possibilité d'appliquer ces mesures d'une manière exacte, elles doivent primer sur toute considération concernant les dommages et les pertes du commerce, mais les conditions sont bien loin d'être les mêmes dans les pays du Nord

Aux Pays-Bas, par exemple, quel résultat, se demande-t-il, pourrait-on espérer de l'efficacité des mesures quarantenaires? Ils sont,sous ce rapport, tout-à-fait dépendants de ce qui se passe en France et en Allemagne. Dans le cas où ces deux contrées seraient envahies par une épidémie cholérique, quelles mesures quarantenaires pourrait-on y adopter pour arrêter la marche du choléra vers leurs frontières ? Toute espèce de quarantaine qu'on y établirait même au détriment du commerce et de l'industrie des Pays-Bas serait, il faut en être convaincu, insuffisante et incapable de préserver ces pays. Il ne faut pas l'oublier, dit M. Keun, la Conférence a toujours fait peu de cas de la valeur des cordons sanitaires.

Le gouvernement des Pays Bas, continue M. Keun, avait institué cette année, au moment où le choléra passant de France en Belgique menaçait les pays-Bas, une commission médicale chargée de trouver les moyens d'établir une barrière contre l'invasion du fléau. Après bien des études et des recherches, on a dû reconnaître qu'il était impossible d'y parvenir, et que force était de se résigner à la probable éventualité d'une invasion.

Voilà pourquoi, dit M. Keun, il n'a pas cru devoir adhérer à la première

conclusion ; mais la question change complètement d'aspect dès qu'il s'agit de combattre une invasion par des mesures quarantenaires prises dans les lieux les plus rapprochés du foyer primitif.

L'efficacité de ces mesures telles qu'elles sont conseillées dans le rapport ne peuvent, selon M. Keun, être soumises à aucun commentaire.

Avant de terminer, M. Keun désire faire observer que la Commission aurait mieux fait de ne pas exprimer le doute décourageant qui se trouve à page 10 du rapport au sujet des mesures quarantenaires que le Gouvernement persan devrait prendre à Hérat et dans le golfe Persique à l'effet d'arrêter par la voie de terre les invasions du choléra. D'après tout ce qu'il connaît sur la Perse, M. Keun est porté à croire que le gouvernement de ce pays montre les plus louables dispositions et s'efforce d'entrer dans la voix des réformes, pour participer, autant qu'il lui est possible, au concert européen. Non seulement, dit M. Keun, grâce à l'esprit élevé du Souverain, mais encore grâce aux sentiments élevés de ses ministres et fonctionnaires, beaucoup d'améliorations ont déjà été réalisées en Perse et, tellement elle marche aujourd'hui dans le progrès, dit M. Keun, qu'elle accueillerait favorablement et avec empressement les vœux d'une Conférence où elle se trouve dignement représentée. Par conséquent, M. Keun croit qu'il serait préférable de remplacer le doute par le vœu que le gouvernement persan, dans l'intérêt bien entendu de ses populations et de celui de toute l'Europe, voulût bien instituer dans ses états une administration sanitaire aussi complète que possible et qu'il donnât à cette administration la mission de s'occuper activement et avec intelligence de l'accomplissement des mesures sanitaires développées dans le rapport.

Mirza-Malcolm-Khan, après avoir rendu justice à l'importance du rapport qu'on discute au double point de vue de la belle rédaction et des efforts qu'on a faits pour étudier la situation de la Perse par rapport au choléra, avoue qu'effectivement la Perse joue un grand rôle dans la dissémination de ce fléau, car elle le propage par deux voies, par le golfe Persique et par terre.

Toutefois, fait-il observer, le Gouvernement persan, ne pourrait, malgré la meilleure volonté, arrêter la marche du choléra que d'un seul côté, vers les frontières de l'Est. Là, il pourrait agir énergiquement et il serait à même de lui opposer une formidable barrière. C'est pourquoi

Mirza-Malcom-Khan voudrait que le Rapport s'exprimât plus énergiquement à cet égard, et appuyât avec plus de force qu'il ne le fait, sur les mesures qu'il incombe au gouvernement Persan de prendre de ce côté de l'Empire. Ces mesures le Rapport ferait bien de les poser très-nettement.

M. Sawas remercie M. Keun de l'avoir prévenu et d'avoir très bien exprimé ce que lui-même a dit, en maintes circonstances, à savoir, que Sa Majesté le Shah ne recule devant aucun sacrifice pour mettre ses Etats dans la voie du progrès et de la civilisation européenne.

M. de Lallemand approuve l'observation de Malcom-Khan. M. de Lallemand aussi voudrait, comme l'a proposé M. Keun, que le Rapport, pour être plus précis et pour ménager la juste susceptibilité des amis de la Perse, au lieu d'exprimer un doute décourageant envers le gouvernement Persan, adressât une exhortation à sa bonne volonté.

M. de Lallemand, conformément à cette manière de voir, propose de modifier la dernière partie du paragraphe concernant la Perse de la manière suivante :

« Il est donc de la plus haute importance que l'Europe insiste auprès du Gouvernement de S. M. le Schah de Perse pour qu'il établisse, en l'assistant par tous les moyens dont on dispose, sur les frontières de l'Est, des barrières efficaces contre l'invasion du choléra. »

M. Fauvel trouve cette modification bien conçue et l'appuie.

La Conférence se prononce dans le même sens.

Mirza-Malcom-Khan propose aussi de supprimer tout le passage du Rapport relatif à l'Imam de Mascat. Mirza-Malcom-Khan affirme que l'Imam n'a aucun titre sur le port important de Bender Abas.

M. Millingen lui répond que l'Imam, au contraire, est tout dans le golfe Persique, car c'est lui qui en a la clef.

Une discussion s'engage à ce sujet entre plusieurs Délégués, les uns soutiennent que l'Imam n'a qu'une autorité bornée, les autres qu'il gouverne en maître la navigation du golfe Persique.

Le débat n'amène à aucun résultat bien tranché, dit M. Stenersen, mais l'opinion de MM. les Délégués persans, qui reconnaissent à l'Imam l'autorité qu'on lui attribue, doit selon lui prévaloir, et doit décider la Conférence, qui a eu le droit de rayer du rapport les trois lignes qui se réfèrent à l'Imam.

La Conférence trouve qu'il suffit que leur déclaration soit enregistrée dans le procès-verbal.

M. Goodeve désire exprimer son opinion touchant le passage relatif à Pendjab. Dans le rapport il est dit qu'il y aurait beaucoup plus à attendre d'un système de précautions organisé dans le Pendjab même par les soins du gouvernement Anglais. M. Goodeve croit qu'il est impossible d'imaginer une position plus difficile à garder, par un cordon sanitaire, que le Pendjab. Une longue frontière cernée par des collines et des montagnes et occupée par des populations barbares ou très peu civilisées et souvent en tumulte, présente, selon M. Goodeve, un ensemble de difficultés presque invincibles. Ces difficultés sont de nature à empêcher un bon résultat quand même on emploierait la meilleure volonté.

Relativement à la question de Bab-el-Mandeb et à la question d'Egypte, M. Goodeve se propose d'y revenir lorsqu'elles seront de nouveau discutées. Pour le moment il fait ses réserves.

M. Bartoletti s'arrête un instant sur la question du service sanitaire de la frontière Ottomane, dont il est parlé à page 11 du rapport. M. Bartoletti avoue que ce service n'a jamais fonctionné avec suite et d'une manière régulière en vertu de dispositions établies par l'administration sanitaire. Mais il ajoute : ce service, tel qu'il est, peut du côté de terre être très-utile. En outre il fait remarquer qu'indépendamment des localités mentionnées dans le rapport il y en a plusieurs autres qui sont surveillées, même dans les défilés.

Sur la demande de la Conférence, M. le Président met aux voix le texte de la 2^{me} partie du 1er chapitre,

Il est accepté à la majorité de 23 voix contre 0.

Ont voté pour :

MM. Sotto, Monlau, de Lallemand, Fauvel, Goodeve (avec réserve, Dickson, Kalergi, Maccas, Bosi, Salvatori, Keun, Millingen (sous-réserve) Mirza-Malcom-Khan, Sawas, Pinto de Soveral, Gomez, Mühlig, Lenz, Bikow, Stenersen, de Hübsch, Bartoletti, Salem bey (avec réserve).

S. Exc. le Président met aux voix la conclusion de la 2^{me} partie du 1er chapitre.

Elle est adoptée à l'unanimité.

M. Fauvel donne lecture du 2^{me} chapitre. Mesures à prendre dans l'Inde, III (page 15).

M. Goodeve dit à propos de l'expression *choléra envahissant*. qu'il ne connaît pas de différence, entre le *choléra envahissant* d'aujourd'hui et celui qui a de tout temps existé dans l'Inde. La diffusion, selon lui, ne serait pas due à une nouvelle qualité acquise par le choléra mais seulement à des circonstances qui auraient favorisé sa marche.

Relativement à ce qu'il est dit dans le rapport à page 19, il lui incombe le devoir, dit M. Goodeve, de déclarer que le gouvernement Anglais des Indes porte sa sollicitude tant sur la population indigène que sur les troupes de Sa Majesté la Reine de la Grande Bretagne, et qu'il s'occupe autant qu'il peut de l'état sanitaire des natifs uniquement pour le bénéfice de ceux-ci. Cela résulte, dit M. Goodeve, des instructions données aux commissions sanitaires permanentes.

M. Sotto est convaincu que la Commission a été bien loin de vouloir faire au gouvernement Anglais le reproche de ne s'occuper que de la santé de ses troupes et de les favoriser plus que les indigènes. M. Sotto rappelle à M. Goodeve que lui-même a, dans une séance de la Commission, avoué qu'il est très difficile de mettre dans l'Inde en application les améliorations sanitaires reconnues indispensables et cela à cause de la résistance des Hindous dont les préjugés s'opposent à la mise à exécution de toute mesure nouvelle. M. Sotto croit que telle a été l'idée de la Commission.

M. de Lallemand parle dans le même sens que M. Sotto. Mais la question importante, dans le sens de la Commission est, croit-il, de faire participer tout le monde aux bienfaits des mesures sanitaires. Là-dessus le rapport appelle l'attention du gouvernement Britannique.

Pour ce qui est de l'expression *choléra envahissant*, la discussion, dit M. de Lallemand, du rapport général, en a donné la définition en précisant le sens que la Commission y avait attaché: à savoir que depuis 1817 le choléra a pris un caractère expansif, progressif, envahissant qu'il n'avait pas avant cette époque.

M. Bykow ajoute que dans le rapport-général on avait même cité un exemple pour démontrer qu'à partir de 1817 le choléra a revêtu un caractère nouveau, une marche envahissante qu'il n'avait pas avant.

M. Fauvel dit qu'il se croit dispensé de prendre la parole pour réfuter les observations de M. Goodeve. MM. Sotto et de Lallemand l'ont prévenu, et ce qu'ils ont dit, croit-il, est suffisant.

A la demande générale, S. Exc. le Président met aux voix le texte et la

conclusion de la 3me partie du 2me chapitre, qui sont adoptés à l'unanimité.

Ont voté pour :

MM. Sotto, Monlau, de Lallemand, Fauvel, Goodeve, Dickson, Maccas, Kalergi, Salvatori, Bosi, Sawas, Gomez, Lenz, Bykow, Stenersen, de Hübsch, Bartoletti, Salih Effendi.

La séance est levée à 4 1/2 heures.

Ordre du jour de la prochaine séance.

Suite de la discussion du rapport.—Sur les mesures à prendre en Orient.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Dr NARANZI.—Bon DE COLLONGUE.

N° 31.

SÉANCE DU 30 AOUT 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 30 août, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa trente-unième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. VETSERA, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur SOTTO, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour la Belgique :

M. le comte de NOIDANS, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires ;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M. Kalergi, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes ;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio Gomez, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. le B^{on} Testa, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. Oluf Stenersen, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

La séance est ouverte à midi.

Le procès-verbal de la 29e séance est lu par M. le Bon de Collongue et adopté après quelques rectifications faites séance tenante.

S. Exc. Salih Effendi donne lecture d'une lettre dans laquelle M. le Dr Lenz annonce qu'il est forcé de retourner à St.-Pétersbourg et exprime ses regrets de ne pouvoir continuer à prendre part aux travaux de la conférence.

M. Segovia regrette que son état de santé ne lui ait pas permis d'assister à la dernière séance et, partant, à la discussion de la 2me section du rapport de la 3me commission. Ce chapitre contient sur Singapore des renseignements que M. Segovia qui a habité cette ville pendant plusieurs années, ne croit pas complétement exacts. C'est à tort notamment qu'elle est représentée comme un entrepôt de choléra et comme un des grands foyers de son exportation maritime ; pendant toute la durée de son séjour, jamais M. Segovia n'y a vu le choléra revêtir la forme épidémique. Il arrive quelquefois des navires ayant des malades de choléra à bord, mais le fait ne se présente pas avec une fréquence telle qu'on ait dû établir un hôpital spécial pour les cholériques, comme on l'a fait par exemple pour les lépreux; les cholériques sont transportés dans les hôpitaux ordinaires et, que ce soit l'effet du climat ou de tout autre cause, on dit même que le nom-

bre de ceux qui se rétablissent est relativement considérable. M. Segovia signale comme exagéré le chiffre de 8 à 10,000 auquel est évalué en moyenne le nombre des pèlerins musulmans qui viennent chaque année s'embarquer à Singapore pour se rendre à La Mecque. M. le délégué d'Espagne rappelle enfin qu'il n'y a pas de port à Singapore, mais une rade magnifique, entourée d'îles dont quelques-unes sont aussi considérables que celle sur laquelle est bâtie la ville elle-même ; que les trois détroits de de la mer de Chine, de la Sonde et de Malacca par lesquels on entre dans la baie, y établissent des courants dont l'action combinée avec celle des marées entretient la propreté des eaux ; en troisième lieu, qu'il y a assez de fond pour avoir un mouillage d'une étendue telle que M. Segovia a vu à la fois jusqu'à 500 navires dans la rade sans qu'il y eût encombrement. Quant au climat, il est relativement sain et la chaleur seule peut le rendre dangereux pour les Européens. Cependant ils peuvent résider sans inconvénient à Singapore beaucoup plus longtemps qu'on ne peut le faire dans la plupart des villes de l'Inde.

M. le Dr Fauvel répond à M. Segovia qu'il se peut qu'il n'y ait pas eu d'épidémie cholérique à Singapore pendant la durée de son séjour, mais que ce qui est certain c'est que le choléra y a régné depuis et que notamment il y régnait en 1864. Pour ce qui est du nombre des pèlerins qui viennent s'embarquer à Singapore, nombre qui paraît exagéré à M. Segovia, la Commission l'a puisé dans des documents statistiques hollandais. Ces pèlerins qui ne proviennent pas seulement des possessions néerlandaises, mais de toute la presqu'île malaise, du Bengale, apportent fréquemment le choléra avec eux et ils le remportent ensuite lorsqu'ils se réembarquent sur les bateaux qui doivent les mener dans la mer Rouge ; M. le Dr Fauvel croit que l'emploi du mot *entrepôt* qu'on trouve dans le Rapport est par là même pleinement justifié. Il n'a d'ailleurs jamais contesté la salubrité du climat de Singapore, le Rapport parle seulement des conditions fâcheuses dans lesquelles s'y fait l'embarquement des pèlerins ; or il résulte de documents officiels communiqués à la Commission qu'il y a encombrement sur les navires où des raccoleurs d'embarquement, si on peut s'exprimer ainsi, empilent à la lettre les pèlerins.

Ces observations entendues, la Conférence reprend la discussion du Rapport au point où elle avait été interrompue à la fin de la dernière séance, c'est-à-dire à la 4e section du chapitre II.

M. le Dr Gomez croit qu'il y aurait un bon parti à tirer de cette autorisation, de cette sorte de passeport ou de teskeré, que la Commission propose d'exiger des pèlerins et qui ne serait délivrée qu'à ceux qui auraient prouvé avoir les moyens de subvenir à leurs besoins. Sans parler de l'avantage d'écarter les pauvres, les plus redoutables au point de vue de la transmission du choléra à cause des mauvaises conditions hygièniques dans lesquelles ils voyagent, on pourrait ainsi constater le nombre des pèlerins, vérifier leur état de santé et transmettre ces renseignements aux localités situées sur leur route de manière à ce qu'on y prenne d'avance les précautions nécessaires. Ces teskerés pourraient enfin devenir une source de revenus qu'on consacrerait aux dépenses occasionnées par le pèlerinage, entretien des pèlerins, secours, etc.

Le Dr Salem bey admet l'utilité du teskeré comme mesure de précaution, mais ne croit pas à la possibilité d'en tirer un revenu quelconque.

M. le Dr Goodeve aurait désiré que le Rapport mentionnât le concours si utile que le Gouvernement a trouvé dans les Commissions Sanitaires des présidences de Madras et de Bombay lors des premiers essais faits dans ces provinces de mesures d'hygiène appliquées aux pèlerinages. M. Montgomery qui est membre et secrétaire de la Commission de Madras, attribue à M. Kingsley, alors pharmacien à Conjeveram, l'honneur d'avoir suggéré l'idée des mesures d'hygiène prises dans cette station pendant le pèlerinage.

M. le Dr Goodeve qui avait fourni à la Commission les renseignements qu'elle donne (page 20) sur le nombre des pèlerins qui ont visité en 1865 les lieux de pèlerinage dans la province de Bombay, signale d'autre part une erreur de chiffres dans ces indications : ce n'est pas entre 2,000 et 50,000 qu'a varié le nombre des pèlerins, mais bien entre 2,000 et 100,0000; sur trois points on a compté jusqu'à 100,000 pèlerins. M. le Dr Goodeve déclare enfin qu'il n'admet pas la possibilité d'exiger un teskeré des pèlerins et que par conséquent il s'abstiendra de voter cette partie des conclusions de la Commission.

M. le Dr Bartoletti rappelle que la mission médicale ottomane envoyée cette année dans le Hedjaz, a pris des mesures analogues à celles qui ont été appliquées dans les présidences de Madras et de Bombay. En présence des bons résultats obtenus à La Mecque, il n'hésipaste à appuyer les conclusions du rapport

D'après M. le Dr Mühlig, la Commission ne serait pas assez affirmative

en disant quelle ne pense pas que la quarantaine d'observation de 48 heures qui est imposée, dans le Gouvernement de Bombay, aux pèlerins ayant le choléra parmi eux avant de leur permettre l'entrée des villes, soit une précaution suffisante ; c'est là évidemment une mesure complètement illusoire.

La 4e section est mise aux voix et adoptée à l'unanimité, texte et conclusion. M. le Dr Goodeve fait ses réserves pour 1re partie de la conclusion.

Lecture est donnée de la 5e section (chapitre II).

Singapore étant un des points où la Commission recommande la création d'un service sanitaire, M. Segovia reconnaît l'utilité de cette institution, mais toutefois sans admettre qu'elle y soit plus indispensable qu'ailleurs. Le nombre des pasagers qui s'embarquent à Singapore est moins considérable que ne le croit la Commission. Il en vient des possessions hollandaises, également des Celèbes, mais très-peu de la péninsule malaise. Quant aux pèlerins de l'Inde, il suffit de regarder la carte pour voir qu'il ne peuvent venir s'embarquer à Sinpapore sans faire un détour considérable que rien ne justifierait.

M. le Dr Goodeve se demande comment on pourrait expliquer que des capitaines anglais pussent, comme il est dit dans le Rapport (page 23, 2e alinéa) s'affranchir des prescriptions de l'acte de 1858 lorsqu'ils viennent à Djeddah. Il y a dans ce port un consul anglais dont la mission est de surveiller l'exécution des règlements et les capitaines qui seraient en contravention ne sauraient en éviter les conséquences. M. le Dr Goodeve ne trouve pas qu'il soit bien démontré que les deux navires cités par le Rapport, le *North Wind* et le *Persia*, fussent dans ce cas ; il est dit que ces bâtiments avaient à bord l'un 632 passagers et l'autre 530, mais il ne faut pas perdre de vue que dans ces chiffres sont compris les équipages ; or il résulte d'un rapport du consul d'Angleterre à Djeddah que le *North Wind* avait 79 hommes d'équipage et le *Persia* 37, ce qui réduit le nombre des passagers à 553 pour le premier et à 493 pour le second. Un bâtiment pouvant d'ailleurs, aux termes de l'acte de 1858, embarquer un homme par chaque tonneau et demi de jauge, équipage et passagers compris, le *North Wind* et le *Persia* seraient d'après cela des navires l'un de 948 tonneaux et l'autre de 795, tonnage qui n'a rien d'extraordinaire. Pour ce qui est du *Sydney* également cité dans le Rapport, on doit tenir compte de ce que ce navire a pour ainsi dire été pris de force par les fuyards, c'est là un cas de force majeure.

En ce qui concerne les teskerés, M. le Dr Goodeve a de la peine à croire qu'on puisse songer à les rendre obligatoires aux Indes comme ils le sont dans les colonies néerlandaises et surtout que cette mesure ait tous les avantages qu'on suppose. Les Pèlerins hollandais y gagnent uniquement d'être exploités lorsqu'ils arrivent à la Mecque, il ne leur reste plus rien au bout de peu de temps, souvent même, ainsi qu'on l'a vu dans un Rapport du consul des Pays-Bas à Singapore, ils sont forcés de vendre temporairement leur liberté pour se procurer l'argent nécessaire à leur retour.

Le Dr Salem bey, fait observer qu'il est possible que le *native passenger act* soit bien observé dans les ports anglais, mais qu'ailleurs il n'en est certainement pas de même. En 1865, les navires anglais qui transportaient les pèlerins de Djeddah à Suez étaient encombrés, et ce n'est pas parce que ces pèlerins y avaient pris passage de force, mais uniquement parce que ces bâtiments cherchaient par tous les moyens à faire concurrence à ceux de l'*Azizié*. Cette année où l'on a exercé une surveillance plus sévère, il est arrivé plusieurs fois qu'on a dû, au moment du départ, exiger le débarquement de centaines de passagers.

M. le Dr Bartoletti ajoute qu'on ne peut calculer exactement, en raison du tonnage nominal d'un navire, le nombre de passagers qui peuvent s'y embarquer. Il ne faut pas oublier que les bâtiments ne transportent pas seulement des pèlerins, mais aussi des marchandises, telles que du riz, des céréales, etc. Il serait à désirer que le *native passenger act* fût observé partout et notamment dans la Mer Rouge, mais il n'en est pas ainsi et il n'est pas même toujours appliqué à bord des navires anglais. La concurrence fait qu'on dépasse presque toujours le nombre règlementaire. Un des médecins de la mission ottomane a vu cette année un navire anglais venant de Jambo sur lequel il y avait une telle quantité de pèlerins qu'on avait dû établir un second étage sur le pont pour les recevoir.

M. le Dr Millingen, à propos des teskerés et de la difficulté qu'il y aurait, d'après M. le Dr Goodeve, à les rendre obligatoires, fait remarquer qu'il n'y aurait rien là qui fût en opposition avec les prescriptions de la loi religieuse des mahométans ; Mahomet lui-même n'impose le pèlerinage qu'à ceux qui sont en état de faire le voyage de La Mecque. Or les trois plus célèbres Imams de la loi Musulmane expliquent ainsi ce que Mahomet entend par être en état de faire le voyage. Shafy croit que le prophète a

voulu parler des provisions et même de la monture nécessaire au pèlerin ; Malek de la santé du corps et des ressources pécuniaires dont il a besoin pour subvenir aux frais du voyage; Abou Kanifé des provisions et en même temps de la santé. On exige dans les possessions néerlandaises que ceux qui veulent faire le pèlerinage justifient qu'ils en ont les moyens, mais beaucoup échappent à cette obligation en allant à Singapore où ils s'engagent pour payer leur voyage.

M. le Dr Millingen lit ensuite les extraits suivants d'une dépêche du consul des Pays-Bas à Singapore à S. Exc. M. le ministres des affaires étrangères à la Haye en date du 14 mars 1866. Les informations contenues dans cette dépêche déjà plusieurs fois citée précédemment dans le cours des travaux de la Conférence, offrant de l'intérêt au point de vue des questions qu'elle discute en ce moment, il est décidé, sur la proposition du Dr Salem bey, que les extraits lus par M. le Dr Millingen seront reproduits *in extenso* dans le procès-verbal.

« . . . Il n'y a aucun doute que l'apparition du choléra en Arabie ne » doive être attribuée en partie aux voyages des pèlerins qui se rendent » dans ce pays et qui ne sont pas tous des sujets des Indes néerlandaises, » mais aussi des indigènes d'ici, de Malacca, de Sarawah, Johon, Padang, » Mwar, et de tous les petits Etats libres de la Péninsule Malaise. Tous ces » pèlerins arrivent ici sur des navires ou petits bateaux, et y attendent la » première occasion favorable pour entreprendre le voyage saint . . . . .

» Le voyage va enfin être entrepris. Les Sheicks ont cherché et trouvé » les moyens de s'embarquer; si le voyage a lieu avec des navires anglais, » tout va ordinairement assez bien, la loi ne permettant pas aux navires » sous pavillon britannique de prendre plus de deux passagers par tonneau » et le Gouvernement ici ne tolérant pas le départ avant que les experts » du Lloyd n'aient visité le navire et se soient enquis si la ventilation est » bonne et s'il y a de l'eau potable en quantité suffisante. Chaque pèlerin » prend avec lui sa provision de riz, le prix du passage est pour les fem- » mes qui restent ensemble derrière dans la cabine de P. 18, et pour les » hommes de P. 12, 13 ou 16, selon que leurs bagages se composent d'un, » de deux ou de trois colis. Ordinairement cependant on trouve des navi- » res sous pavillon turc et arabe qui ne sont pas soumis à la loi ici, et que » les pèlerins préfèrent aux navires anglais parce que le croissant, sym- » bole de leur foi, flotte à bord. Ces navires sont ordinairement et presque

» toujours des vaisseaux de construction européenne, mais condamnés
» comme ne pouvant plus servir et de si mauvaise qualité qu'aucune
» compagnie au monde ne voudrait les assurer ; la seule chose dont on
» puisse s'étonner, c'est qu'un seul de ces navires arrive au but du voyage,
» d'autant plus que ceux qui en ont le commandement sont des Arabes,
» plus habiles en général à chanter des versets du Coran qu'à conduire
» leur navire. A bord de ces bâtiments, les passagers sont entassés d'une
» façon qui paraît inhumaine ; leur nombre est le double de celui que la
» loi anglaise admet, et on laisse aux pèlerins eux-mêmes le soin de se
» caser, tandis qu'aucune précaution n'est prise pour assurer une bonne
» ventilation ou procurer les choses nécessaires pendant la traversée. Les
» armateurs ont seulement soin qu'il y ait une provision de riz à bord
» afin de pouvoir le vendre à des prix usuraires aux pèlerins dont la
» provision est épuisée . . . . Il est connu qu'en 1864, le choléra sévissait
» avec plus ou moins d'intensité à Java et ici et les renseignements que
» j'ai pris m'ont prouvé que des indigènes attaqués de cette maladie ou
» des convalescents se sont embarqués dans cet état ; les conséquences
» n'étaient pas difficiles à prévoir. Quel champ fertile pour une maladie
» contagieuse ! des passagers malpropres, entassés comme des moutons,
» sans la ventilation nécessaire, dans un navire impropre au service, pre-
» nant même l'eau quelquefois, et tout cela sous les rayons ardents du
» soleil des tropiques? il n'est pas étonnant que le choléra s'étende dans
» de pareilles conditions et que quelques-uns de ces navires de Hadjis
» soient considérés comme des repaires pestilentiels donnant la maladie
» dans toutes les localités où ils débarquent leur cargaison humaine . . . .
» Nul ne peut donner une idée de la saleté à bord : la puanteur est si in-
» tense que je pourrais citer les exemples de commandants d'autres na-
» vires qui à cause de l'odeur infecte que ces navires de Hadjis répandent
» ont dû lever l'ancre et changer de place afin de ne pas se trouver sous
» le vent et de pouvoir respirer un air plus pur . . . . .

» . . . . . On pourrait cependant prendre des mesures contre l'encom-
» brement à bord des navires de Hadjis : les nations qui ont des navires
» dans ces mers pourraient créer une loi anglaise et ordonner à leurs
» consuls de l'appliquer sévèrement. Quant à moi, j'aurais un vrai plaisir
» à protéger les pèlerins. De cette façon on pourrait également prendre
» des soins pour la bonne ventilation et charger les agents du *Lloyd* ou

» de la *Veritas* de cette expertise. Mais ces lois doivent être faites surtout » par le Gouvernement Ottoman, car la plupart des navires de Hadjis sont » sous pavillon turc et tant qu'il leur sera permis de charger les passa- » gers comme des colis ou des moutons, toutes les lois hollandaises et » anglaises ne serviront qu'à faire remplacer les navires de ces nations » par des navires turcs. Le Gouvernement Ottoman devrait alors aussi » nommer ici un consul qui aurait la volonté et le pouvoir de maintenir » les règlements. Il faudrait qu'il choisît un Européen énergique qui ne » considérât ce poste que comme un poste d'honneur et qui fût indépendant » par sa position et au-dessus de la vénalité, enfi n qui prît vraiment à » cœur le sort et la santé des pèlerins . . . . . »

(signé :) READ.

Le Dr Salem bey et S. Exc. Salih Effendi reviennent sur les diverses manières d'interprêter les prescriptions de la loi religieuse quant aux conditions qui font qu'on est ou non en état de faire le pèlerinage. Le Dr Salem Bey complète de la manière suivante les détails donnés par M le Dr Millingen: Les Imams Abou Hanifé et Schafi exigent que le futur Hadji ait les moyens de subvenir non-seulement aux dépenses du voyage, mais encore à l'entretien de sa famille pendant la durée de son absence; Abou-Hanifé ajoute à ces conditions la santé du corps. D'après l'Imam Malek, il suffit, au contraire, qu'on remplisse cette dernière condition pour pouvoir entreprendre le pèlerinage. Le Dr Salem Bey croit que la délivrance de teskerés obligatoires serait possible dans certains pays, mais bien difficile dans d'autres, en raison précisément des différentes manières d'interprêter le Koran. Nul doute par exemple que les mahométans de la secte de l'Imam Malek ne se soumettent qu'avec peine à cette formalité.

M. le Dr Muhlig possède des renseignements qui confirment ce que M. le Dr Bartoletti a dit de l'encombrement à bord des navires anglais, qui transportaient cette année les pèlerins. Il serait à souhaiter que le *native passenger act* fût mieux observé et qu'il pût l'être partout.

M. le Dr Mühlig, que son collègue M. de Krause avait prié d'exposer ses idées relativement aux mesures de précaution à prendre aux Indes à l'égard des pèlerins qui partent ponr la Mecque, croit le moment venu de le faire. M. de Krause pense qu'il serait indispensable que ces pèlerins fussent soumis avant leur embarquement à une quarantaine d'observation;

mais que ce sont là des questions d'une nature excessivement délicate et qu'il appartient aux Gouvernements intéressés seuls de résoudre.

M. le D Fauvel déclare que sauf sur un point il ne veut rien ajouter aux considérations qui viennent d'être exposées et qui répondent suffisamment aux observations présentées par M. le Dr Goodeve. Il se peut que les pèlerins hollandais soient exploités à La Mecque par cela seul qu'on sait que leur gouvernement exige qu'ils aient l'argent nécessaire au voyage.

Mais c'est là une question de police sur laquelle il n'y a pas à s'arrêter et on ne saurait en faire un argument contre l'utilité des teskérés. Au point de vue sanitaire, il est évident que les pèlerins qui ont de quoi subvenir à leurs besoins se trouvent dans de meilleures conditions hygiéniques.

La section V est mise aux voix, texte et conclusion, et adoptée à l'unanimité ; M. Goodeve fait ses réserves pour les points qu'il a indiqués.

M. le secrétaire lit le § A de la VIe section, chapitre III.

M. le Cte de Lallemand annonce que depuis que la Commission a achevé son travail, il a reçu de son gouvernement des indications précises sur les localités mentionnées dans le Rapport comme pouvant être propres à un établissement sanitaire à l'entrée de la Mer-Rouge. Il résulte, de ces renseignements qui sont dûs à un officier de la marine impériale ayant une connaissance approfondie de ces parages, et qui seront d'ailleurs communiqués à la Conférence à sa prochaine séance, que Bab-el-Mandeb doit être écarté à cause de son mauvais mouillage, par certains vents. Ce n'est qu'à Kamaron ou à Obolch qu'on trouverait de bons mouillages.

Le Dr Salem bey fait connaître que l'Intendance Sanitaire d'Egypte qui s'est longuement occupée de cette question donne la préférence à Moka.

M. le Cte de Lallemand objecte que c'est augmenter la difficulté que de choisir une localité en dedans de la Mer-Rouge. Il faudrait alors deux établissements, l'un à l'entrée de la Mer-Rouge où on visiterait les navires, et un second, où l'on enverrait ceux dont l'état sanitaire aurait été reconnu dangereux. Il serait préférable de n'avoir qu'un établissement à l'entrée de la Mer-Rouge, la surveillance serait rendue plus facile et il serait moins aisé aux navires de l'éviter.

Tout en rendant hommage à la manière dont la Commission s'est acquittée d'une tâche extrêmement difficile, M. le Dr Goodeve déclare n'être pas d'accord avec elle sur tous les points. M. le Cte de Lallemand vient de signaler l'insuffisance du mouillage de Bab-el-Mandeb, mais il y a une autre

considération qui rendrait bien difficile la création d'un établissement sanitaire. N'aurait-on pas à redouter les attaques des tribus arabes indépendantes et ne serait-on pas forcé comme à Aden d'élever des fortifications, de maintenir une garnison pour défendre le lazaret ? M. le Dr Goodeve est d'avis qu'une localité plus au Nord comme Kamaran, par exemple, serait préférable ; il ajoute qu'il ne sait pas si son gouvernement consentirait à ce que la station d'arraisonnement fût établie à Périm. Laissant du reste de côté la question de la possibilité, M. le Dr Goodeve exprime des doutes sur l'efficacité de la mesure proposée. On pourra bien arrêter les grands navires, mais pour les petites barques qui sont plus dangereuses au point de vue de la transmission du choléra, sera-t-il possible d'empêcher qu'elles ne passent, ne fût-ce que la nuit, en dépit de la surveillance ? Les grands navires qui franchissent le détroit se rendent à Suez ou dans les ports du Hedjaz : il serait aussi efficace et moins onéreux pour eux d'être dirigés sur une île quelconque de la côte Arabique où ils seraient arraisonnés, où ils seraient, s'il y a lieu, tenus en quarantaine et où enfin on leur délivrerait un visa sans lequel ils ne seraient pas reçus dans les ports de la Mer-Rouge. Pour les navires en destination de Suez, pourquoi ne seraient-ils pas arraisonnés dans le voisinage de ce port ? La station d'arraisonnement de Périm ne devant d'ailleurs pas dispenser du maintien des lazarets dans les ports de la Mer-Rouge. M. le Dr Goodeve conteste l'utilité de cette station et dès lors votera contre les conclusions de cette partie du Rapport.

M. le Dr Dickson croit qu'il serait bon d'établir deux points de surveillance, l'un à Périm, l'autre à Moka pour le petit cabotage. Il est impossible de songer à garder les barques et les petits navires à Périm, or ce sont ceux qui transportent le plus souvent les pèlerins. On pourrait peut-être établir le lazaret à Tadjoura, en face de Périm, sur la côte d'Afrique.

M. le Dr Dickson a entendu dire que cette localité possédait un vaste mouillage, que l'approvisionnement des quarantenaires y serait facile ; enfin, comme il a été dit, elle est située sur la côte d'Afrique ; ce qui aux yeux de M. le Dr Dickson, est un avantage pour le cas où des quarantenaires réussiraient à s'échapper et à gagner l'intérieur du pays.

M. le Dr Dickson ne pense pas que Moka offre les ressources suffisantes pour pouvoir recevoir un grand nombre de quarantenaires.

M. le Dr Fauvel constate tout d'abord que la commission ne fait que donner des indications, la question ne peut être résolue qu'après des études approfondies faites sur place, et elle ne la traite donc, pour ainsi dire, qu'au point de vue théorique.

On ne peut se dissimuler d'ailleurs que, quelque système qu'on adopte il se produira toujours des compromissions, toute la question est de les rendre aussi difficiles et aussi rares que possible. M. le Dr Fauvel croit, contrairement à l'opinion de M. le Dr Goodeve, que ces compromissions sont plus à craindre de la part des grands navires que de celle des petites barques. Les barques suivent la côte, jamais elles ne se hasardent en pleine mer, elles peuvent donc être facilement surveillées; ne faisant que de courts trajets , et pouvant, ce qui est impossible aux grands navires, s'arrêter si le choléra vient à se déclarer, elles offrent au surplus moins de dangers au point de vue de la transmission. Ne faut-il pas tenir aussi compte de ce que c'est surtout en temps d'épidémie que la surveillance devra être exercée, que l'on sait toujours d'avance l'existence du choléra aux Indes ou sur les divers points où les navires font escale, que l'on connaît enfin l'époque de l'arrivée des pèlerins et que l'on est conséquemment toujours à même d'aviser, d'après les nouvelles reçues, au moyen de rendre la surveillance plus active. Du reste si cette surveillance est impossible à Bab el-Mandeb, à l'entrée du détroit, ne le sera-t-elle pas bien plus encore dans l'intérieur de la mer Rouge où les navires pourront si facilement se soustraire? M. le Dr Fauvel déclare en finissant qu'il ne répondra pas aux objections de diverse nature qu'on a fait contre le choix des localités où la Commission pense qu'on pourrait établir un lazaret. Il se peut que ces objections soient fondées, la commission qui a reçu avec reconnaissance les renseignements donnés par M. le Dr Dickson sur Tadjoura, ne peut que répéter que l'emplacement du lazaret à établir ne peut être décidé qu'après de nouvelles études sur place et que cela regarde uniquement les divers gouvernements qui auront à s'entendre à cet égard. La commission se prononce pour la convenance d'un établissement sanitaire à l'entrée de la mer Rouge, rien de plus.

M. le Dr Bartoletti et M. le Dr Millingen croient, comme M. le Dr Fauvel, que l'établissement doit être placé au détroit si on veut que la surveillance soit effective. M. Bartoletti, ajoute qu'il lui paraîtrait préférable qu'on choisît un point de la côte africaine, mais quelle que soit la localité

désignée, il ne doute pas qu'une garnison n'y soit toujours nécessaire aussi bien pour repousser, s'il y a lieu, les attaques des indigènes que pour maintenir les quarantenaires eux-mêmes.

S. Exc. Salih effendi fait remarquer qu'on peut dire la même chose pour les approvisionnements ; partout, à peu près, on rencontrera les mêmes difficultés sous ce rapport.

Le § A. de la section V est mis aux voix et adopté à l'unanimité moins une voix, celle de M. le Dr Goodeve qui vote contre.

La séance est levée à 4 h. 1/2.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Bon DE COLLONGUE — Dr NARANZI.

N° 32.

SÉANCE DU 1er SEPTEMBRE 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 1er septembre, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa trente-deuxième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. VETSERA, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur SOTTO, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour l'Espagne:

M. le Docteur MONLAU, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M Kalergi, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes ;

Pour l'Italie :

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

Mirza-Malkom-Khan, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur Sawas Efendi, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio Gomez, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. le B^{on} Testa, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation, médecin principal, de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur LENZ, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur BYKOW, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. OLUF STENERSEN, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M le Docteur baron HÜBSCH ;

Pour la Turquie :

S. Exc. SALIH EFENDI, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur BARTOLETTI, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur SALEM BEY, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

M. le Dr Naranzi, l'un des secrétaires, donne lecture du procès-verbal de l'avant-dernière séance (M° 30.) dont la rédaction est approuvée à l'unanimité.

M. le comte de Lallemand demande la parole pour donner lecture d'un extrait des notes de l'officier français dont il avait parlé à la dernière séance.

M. le comte de Lallemand désire que cet extrait, vu son intérêt, soit inséré in extenso dans le procès-verbal.

Notes de M. le capitaine de frégate Salmon, commandant de la corvette française, le Surcouf, *sur Perim, Camaran, Obok, Bab-el-Mandeb et Tadjourah ou Tadjoulah.*

« *Perim.* — Ile anglaise à 98 milles d'Aden-Bon ; port, mais ne pouvant donner abri qu'à un petit nombre de navires à la fois ; (deux ou trois.)

» Peu ou point d'eau. Les Anglais y ont installé un appareil distillatoire pour parer aux besoins éventuels d'une garnison.

» Végétation presque nulle. Terrain volcanique (basalte). Outre le phare déjà existant, il faudrait un petit feu à l'entrée du port et des corps morts en rade. L'île ne produit rien, mais les navires qui viendraient au lazaret auraient passé la veille ou l'avant-veille à Aden où ils auraient pu se ravitailler.

» Dans le cas où l'intention de la Conférence Internationale serait de *contraindre* tous les navires venant de l'Inde à s'arrêter à l'établissement sanitaire, Perim est le seul point qui réunisse toutes les conditions requises, car tout navire qui entre en mer Rouge est forcé de passer en vue de sa vigie. Pour cette raison Perim serait le premier point à choisir.

« *Camaran.* — Ile en dedans de la mer Rouge à la côte Arabique de l'Yémen, à 170 milles de Perim, à 40 milles environ de la route des navires allant de l'Inde à Suez.

» Bon mouillage, eau excellente. En 1865 la corvette le *Surcouf* surprise par un coup de vent près des îles Zebayer est allée s'abriter à l'est de Camaran devant le village. Elle y est restée trois jours par un très fort vent et y a très bien tenu sur une seule ancre. L'ancrage est excellent.

L'établissement sanitaire pourrait être placé au village de l'Est devant lequel on mouille. Mais il serait indispensable de placer un phare sur la montagne qui est au sud de l'île Camaran et un autre petit feu sur la pointe de Rass Bayath.

» *Obok.* — Baie offrant un ancrage à l'abri des récifs — sur la côte d'Abyssinie à 45 milles de Perim, en dehors de la mer Rouge — à 120 milles d'Aden — à 40 milles environ de la route des navires allant de l'Inde en mer Rouge.

» Ancrage par très bon fond. Tenue suffisante pour résister à tous les coups de vent. Eau bonne et en quantité à peu près suffisante. Vallée où il y a un bois de mimosas et où passent de nombreuses caravanes de bétail et de chameaux etc., Point d'habitations. Température entre 30 et 45 degrés centigrades au dessus du zéro pendant les mois de juin, juillet et août. Pluies abondantes en janvier, février et mars.

» Ce port serait très suffisamment bon pour recevoir l'établissement sa-

nitaire ; mais il y aurait quelques travaux à faire sur les récifs à l'entrée et il faudrait placer un petit feu sur l'un de ces récifs, afin de rendre l'entrée possible la nuit.

L'établissement devrait être protégé par une enceinte.

» *Bab-el-Mandeb.* — Au sud-est du cap Bab-el-Mandeb, la côte offre une inflexion qui forme la baie de Heighgha.

Souvent les navires qui veulent entrer dans la mer Rouge vont chercher un abri dans cette baie, si les vents de Nord sont trop violents pour leur permettre de franchir le détroit. Mais ce n'est pas là un port ni même un mouillage tenable puisqu'il faut l'abandonner dès que les vents passent à l'Est, au Sud et même au Sud-Ouest.

Il en est tout-à-fait de même, en sens inverse, du mouillage que l'on trouve au Nord du Cap de Bab-el-Mandeb, où se réfugient souvent les navires qui attendent la fin des grands vents de Sud pour essayer de sortir de la Mer Rouge.

Tadjouzah.— Tadjouzah sur la côte d'Afrique. Détestable mouillage où il faut s'embosser à quelques mètres d'un récif. On trouverait près de là, il est vrai, à Embobo un site charmant avec de l'eau et de la verdure, mais à proximité duquel les navires ne pourraient mouiller en sûreté.

Août, 1866.

Remercîments à M. le comte de Lallemand.

L'ordre du jour portant la suite de la discussion du rapport sur les mesures à prendre en Orient, etc., qui, à la dernière séance, s'est arrêtée à page 29.

S. Exc. le Président donne la parole à M. Fauvel pour en continuer la lecture.

M. Fauvel s'arrête à page 31.

M. Dickson se prononce contre le projet d'une institution (lazarets ou commissions) dans la Mer Rouge, ayant un caractère international. En d'autres circonstances, dit M. Dickson, il a eu l'occasion de faire connaître

pour quelles raisons il est contraire à des institutions de cette nature tant pour l'Europe que pour la Mer Rouge, et il ne reviendra pas là dessus. Donc, il se bornera à faire simplement observer que si la Conférence adopte le projet d'une institution sanitaire non internationale dans la Mer Rouge, c'est à l'Egypte qu'il reviendrait d'en avoir la direction et la surveillance.

M. Keun est d'un autre avis. C'est au gouvernement Ottoman, croit-il, que ce droit revient, d'après les circulaires même qui ont provoqué la convocation d'une Conférence Sanitaire Internationale: En effet, dit M. Keun, si on les consulte, on verra que le droit de mettre à exécution les mesures proposées par la Conférence est dévolu au gouvernement des pays où elles doivent être appliquées. Indépendamment de cela, ces mesures ne seraient d'aucune efficacité si elles n'étaient pas exécutées par le gouvernement Ottoman.

Les Musulmans, selon M. Keun, se résigneraient très-difficilement à les subir si elles venaient d'une autre autorité que l'Ottomane, et si des employés et médecins non Musulmans étaient chargés de les faire respecter, M. Keun croit que les mesures dont il est question ne pourraient guère recevoir une application sérieuse. Mais ce droit, ajoute-t-il, qu'on ne peut pas contester à la Sublime Porte, n'implique pas l'inopportunité d'un contrôle de la part d'autres gouvernements. Au contraire M. Keun est d'avis que ce contrôle est nécessaire et même indispensable.

M. Goodeve se range à l'avis de ceux qui s'opposent à l'institution d'une Commission Internationale siégeant à Suez. Il croit avec M. Keun que comme les mesures à prendre toucheraient principalement les Musulmans, les restrictions portant sur leur pèlerinage seraient reçues et acceptées avec moins de répugnance si elles émanaient des puissances musulmanes que si elles étaient exécutées par des autorités ayant une religion différente. Mais M. Goodeve croit qu'il serait préférable de laisser la direction des affaires sanitaires de la Mer Rouge au Conseil de Santé d'Egypte, renforcé, si cela est reconnu nécessaire, par des Délégués de puissances non représentées dans le Conseil, tel qu'il est organisé aujourd'hui.

M. Kalergi fait observer que ces objections ne sont pas radicales : elles ne touchent pas au principe posé par la Commission, d'une Commission Internationale. Au fond, dit-il, M. Goodeve lui-même accepte le principe. Les objections portent sur un point de détail. Les uns veulent que le Con-

seil Sanitaire de Constantinople en ait la surveillance, les autres que cette surveillance soit dévolue au Conseil mixte d'Alexandrie. La Conférence, pense-t-il, n'a pas à se préoccuper de cela, car tout ce que la Commission demande c'est l'institution d'un conseil mixte pour surveiller de près le nouveau service qu'on entend organiser dans la Mer Rouge.

M. Goodeve, en réponse à M. Kalergi, dit qu'il a bien pu admettre la nécessité d'une surveillance, mais il n'admet pas qu'il y ait ressemblance entre le Conseil actuel de Santé de l'Egypte et la Commission Internationale dont il est parlé dans le rapport. Le Conseil de Santé d'Egypte est une Commission locale et Egyptienne où prennent part, il est vrai, des Délégués d'autres puissances, mais qui n'a pas le caractère qu'on propose de donner à la Commission Internationale. Cette Commission, croit M. Goodeve, ne pourrait pas avoir la même force que le Conseil de Santé qui agit avec le concours du gouvernement du pays. Il ne croit pas d'ailleurs que la distance entre Suez et Alexandrie soit telle que l'Intendance Sanitaire d'Egypte ne puisse vigoureusement fonctionner dans la Mer Rouge, donc, il n'y aurait guère nécessité d'installer une nouvelle Commission à Suez.

M. Stenersen se prononce en faveur du rapport. Il trouve que tout ce qui y est dit et proposé est parfaitement bien conçu et il ne peut que l'approuver ; il voudrait même que, pour ne pas nuire à l'intérêt du rapport et à l'ensemble des vues qui y sont exposées, l'on s'abstint de toute discussion de détail; ces détails, croit-il, ne peuvent pour le moment fournir sujet à discussion.

M. Mühlig est du même avis que M. Stenersen. Le sujet, dit-il, n'étant pas susceptible d'une discussion de détail, il importe de bien s'entendre sur le principe fondamental. Quel est ce principe? Pour se préserver d'une nouvelle invasion il faut établir une barrière contre le choléra dans la Mer Rouge. Maintenant, fait observer M. Mühlig, toute discussion s'écartant de ce principe serait oiseuse. Il ne peut être question de savoir comment il faut s'y prendre pour établir cette barrière, car ce n'est qu'une question de compétence qui sera résolue en faveur de celui qui en a le droit.

M. Salem bey donne des renseignements sur la nature et l'organisation du Conseil de Santé d'Egypte. C'est un Conseil mixte qui jouit de la plus grande indépendance et autonomie. Après avoir parlé de sa constitution et de son organisation, M. Salem bey ajoute qu'il offre les meilleures garanties, et, qu'à raison de sa grande proximité des localités qu'il est

question de surveiller, il est le seul qui puisse le faire efficacement et d'une manière complète. Il possède et la langue du pays, et le concours, l'appui de l'autorité locale, qui seule a le pouvoir de faire respecter de nouveaux règlements. La Commission, continue M. Salem bey, envoyée dans le Hedjaz, a dû reconnaître son impuissance à cause de son éloignement du pouvoir central. Indépendamment de cela, l'Egypte, ayant plus que toute autre contrée, un intérêt à ce que des mesures préservatrices soient énergiquement appliquées, serait aussi plus que tout autre gouvernement, intéressée au succès d'une œuvre, qui a pour but la préservation contre de nouvelles invasions. Par conséquent, les moyens dont elle peut disposer, combinés aux avantages que lui donnent la proximité des lieux à surveiller, l'identité des mœurs, de la langue et de la religion avec les pèlerins qu'il importe de règlementer, lui donnent, en même temps que l'autorité nécessaire, le droit de direction et de surveillanec don, il est question dans le rapport.

Qu'il lui soit permis, dit Salem bey, de rappeler à l'honorable Conférence que l'Egypte marche depuis longtemps en Orient, dans la voie du progrès et de la civilisation, que le Vice-Roi, animé des meilleurs sentiments et inspiré par les idées les plus libérales, marche sur les traces d'un gouvernement ami que tout le monde admire.

M. Salem bey conclut que s'agissant d'instituer une administration internationale, l'Egypte, et par sa position géographique, et par les grands moyens dont elle dispose dans les lieux même où il est nécessaire d'adopter et de mettre à exécution les nouvelles mesures de préservation, offre, de préférence à tout autre gouvernement, les garanties voulues pour avoir la direction du service sanitaire à établir dans le Hedjaz.

D'ailleurs, fait-il observer, l'Egypte est déjà dotée d'un Conseil de Santé ayant un caractère international ; ce Conseil pourrait être élargi et on pourrait faire sortir de son sein l'administration qui doit fonctionner dans le Hedjaz. De la sorte elle serait l'émanation directe d'un Conseil International, avec cette différence qu'elle ne serait pas étrangère au pays, malgré son caractère mixte.

M. Bartoletti fait observer que la Conférence a consacré ses travaux à étudier les origines du choléra et à trouver les moyens d'empêcher de nouvelles invasions dans le Hedjaz où les pèlerins l'apportent périodiquement des Indes. Un de ces moyens serait l'arraisonnement des navires à

l'île de Périm, unique endroit où cette mesure soit possible. Le second moyen serait un lazaret à l'entrée de la Mer Rouge, dans une localité appropriée à la quarantaine des provenances cholériques et dont le choix ne pourrait se faire qu'après des études ultérieures. Le gouvernement Ottoman, dit M. Bartoletti, a envoyé dans le Hedjaz une Commission expressément chargée de faire ces études, ce qui prouve ses bonnes dispositions à admettre le principe d'un pareil établissement. Ces deux propositions du rapport étant par conséquent conformes aux vues du gouvernement Ottoman, M. Bartoletti n'hésite pas à s'y associer. La troisième proposition, dit-il, consiste à créer à Suez un Conseil mixte qui aurait la direction du service sanitaire de la Mer Rouge y compris la quarantaine à établir près de Bab-el-Mandeb. M. Bartoletti croit que le Conseil de Santé de Constantinople pourrait parfaitement remplir cette tâche, n'était-ce la difficulté d'exercer son action à une si grande distance. Un conseil analogue à celui de Constantinople siégeant à Suez lui paraît donc un moyen propre à remplir le but. Ce conseil aurait la direction de tout le service de la Mer Rouge, et les lazarets du littoral seraient administrés directement par les autorités sanitaires de chaque pays. Dans ces conditions qui ne diffèrent pas de celles du service sanitaire en Turquie, M. Bartoletti estime que la proposition du rapport est conforme à sa manière de voir, et n'ayant aucune objection à faire il y adhère comme aux deux précédentes.

S. Exc. Salih Effendi déclare adhérer en tout point à tout ce que M Bartoletti vient de dire.

M. Bosi est d'avis que la Commission a donné à la question la solution la plus large. Elle n'a pas voulu entrer dans le terrain où M. Goodeve et Salem bey voudraient entraîner la Conférence, c'est-à-dire qu'elle a préféré laisser non résolue la question de savoir à quel gouvernement revient la mission de mettre à exécution les mesures qu'elle a proposées. La Commission, dit M. Bosi, n'ayant pas abordé cette question on n'a pas le droit d'en saisir la Conférence et de provoquer une discussion.

M. Fauvel croit que la Commission a bien fait de ne pas entrer plus profondément dans la question, et de ne la toucher qu'avec la plus grande réserve. Ce n'était pas à la Commission, dit M. Fauvel, de décider si le droit de mettre à application les mesures qu'elle a proposées revient au gouvernement Ottoman ou au gouvernement Egyptien. Ce droit, pense-t il ap-

partient au gouvernement sur le territoire duquel porteront les nouvelles mesures. Ce gouvernement sera l'Egyptien ou l'Ottoman et il pourrait être aussi le gouvernement Anglais si c'est à l'île de Périm qu'on doit établir la direction ou la surveillance. M. Fauvel déclare par conséquent qu'il n'a rien à opposer aux observations de M. Bartoletti. Il ne veut pas entrer dans la question de compétence et de droit, par rapport au gouvernement Ottoman ou à tout autre ; la Commission n'ayant pas jugé nécessaire de la poser, lorsqu'elle a jeté les bases de l'institution projetée.

Sur la demande de plusieurs Délégués, S. Exc. le Président met aux voix le texte et la conclusion du 2^{me} article de la 6^{me} section du chap.3^{me}.

La Conférence les adopte à la majorité de 15 voix, contre 3, et 2 abstentions.

Ont voté pour :

MM. Monlau, Spadaro, de Lallemand, Fauvel, Kalergi, Maccas, Salvatori, Bosi, Sawas, Mühlig, Pélikan, Hübsch, Stenersen, Bartoletti, S. Exc. Salih Effendi.

Ont voté contre:

MM. Goodeve, Dickson, Bykow.

Se sont abstenus de voter M. Keun, Millingen.

M. Fauvel continue la lecture du rapport jusqu'à la 7^{me} partie du 3^{me} chapitre (page 31).

M. Monlau demande à faire quelques observations. Il ne peut pas accepter, dit-il, la distinction établie dans le rapport entre les navires chargés de pèlerins et les paquebots réguliers. Il s'agit de prendre des mesures de précaution contre les provenances de mer, en cas d'accidents cholériques, dit le rapport, donc le danger existe tant par rapport aux navires chargés de pèlerins que par rapport aux paquebots. M. Monlau ne sait voir aucune différence entre ces deux catégories de bâtiments, et les circonstances qu'on allègue en faveur des paquebots ne lui paraissent pas suffisantes. L'arraisonnement, se demande M. Monlau, a-t il d'autre but que de fermer l'entrée de la Mer Rouge à tout navire infecté? or donc, les navires qui n'ont pas de pèlerins ne pourraient-ils pas tout autant que les autres se trouver dans le cas de propager la maladie?

Par conséquent, M. Monlau propose que tant l'arraisonnement que la quarantaine soient de rigueur pour tous les navires indistinctement, les paquebots y compris.

M. Bartoletti, en réponse à M. Monlau, lui fait observer que les pèlerins ne vont pas en Egypte mais à Djeddah et qu'ils ont d'autres stations. Les pèlerins qui se dirigent vers La Mecque feront quarantaine à l'entrée de la Mer Rouge et les navires à destination de l'Egypte la feront à Tor.

M. Goodeve, de son côté, se prononce dans un autre sens que celui de M. Monlau, et soutient une opinion tout-à-fait différente. Selon lui les paquebots des Messageries Impériales et de la Compagnie Péninsulaire sont dans des conditions de salubrité toutes différentes de celles des navires à pèlerins, comme il a été déjà dit, et par conséquent, ils réclament un traitement spécial. M. Goodeve trouve qu'il n'y aurait aucun risque à les faire passer quand même ils auraient des cholériques à bord. Il ne partage pas non plus l'opinion de la Commission qui voudrait les retenir à Périm pour l'arraisonnement. Ce serait, selon M. Goodeve, les condamner à une perte de temps inutile, et le mieux selon lui serait de leur donner libre pratique près de leur destination.

M. Sawas demande la parole pour faire quelques observations sur le passage suivant.

« Or, pour que telles mesures soient exécutées avec l'impartialité, l'intelligence et la fermeté désirables, on sent bien qu'à l'autorité d'une seule puissance on ne saurait en abandonner l'exécution (v. page 31). »

Il paraît à M. Sawas que cette phrase est en contradiction avec ce qui vient d'être établi par les honorables préopinants à propos du paragraphe précédent. Il est clair, selon lui, que suivant la localité choisie, la direction du lazaret et l'application des mesures seront confiées à la puissance à laquelle appartient le territoire. Or, la Conférence ne pourrait en décider autrement, sans se mettre en opposition de vues avec la circulaire de M. le ministre des affaires étrangères de France, ainsi qu'avec la circulaire par laquelle la Sublime Porte a convoqué la Conférence. M. Sawas ayant voté, dit-il, le paragraphe précédent, ne voudrait pas s'abstenir de voter celui-ci. Il votera donc sous réserve pour les raisons qu'il vient d'exposer.

M. Stenersen croit que la solution pratique du problème est possible, et il ne saurait pas être de l'avis de la Commission qui dit qu'il est bien à craindre qu'elle ne soit pas donnée.

M. Fauvel réfute en peu de mots les observations de MM. Monlau et Goodeve et l'objection faite par M. Sawas. M. Fauvel est tout-à-fait de l'avis de M Goodeve qui croit qu'il n'y a aucune assimilation à faire entre les

navires chargés de pèlerins et les paquebots réguliers. Ces derniers, fait observer M. Fauvel, n'ont jamais apporté le choléra et ne touchent nulle part dans la Mer Rouge. Ces circonstances offrent assez de garanties pour les autoriser, après l'arraisonnement, à continuer leur voyage. Il y a, continue M Fauvel, d'autres circonstances qui militent en faveur des paquebots. Comme ils ne manquent de rien et qu'ils n'ont point d'encombrement, les passagers s'ils doivent purger quarantaine, sont en état de rester à bord jusqu'à leur destination, tandis que les navires à pèlerins vont partout et les passagers s'éparpillent où bon leur semble. Si on n'avait à faire qu'aux paquebots, dit M. Fauvel, on n'aurait pas besoin de lazarets. La route des paquebots est connue, ils vont d'Aden à Suez, mais c'est bien autre chose avec les navires chargés de pèlerins, partout où ils touchent, les pèlerins sèment sur leur route le choléra.

M. Fauvel d'accord sur ce point avec M. Goodeve ne l'est plus dès qu'il s'agit de l'arraisonnement des paquebots. M. Fauvel est d'avis que cet arraisonnement ne peut leur causer aucun préjudice, aucune perte de temps et qu'il ne peut aucunement les contrarier. Toutefois ce n'est pas là une condition à laquelle la Commission tienne rigoureusement bien qu'elle l'ait posée dans l'intérêt même des paquebots et pour leur épargner beaucoup d'embarras. La Conférence peut la supprimer si elle la juge superflue.

Enfin, M. Fauvel fait observer à M. Sawas que la phrase qu'il combat n'est nullement en contradiction avec les circulaires dont il a parlé. La Commission a bien admis qu'il doit y avoir une puissance chargée de l'exécution et de la direction de l'établissement quarantenaire à l'entrée de la Mer Rouge, sous la surveillance d'un Conseil mixte ayant un caractère international. Le contrôle et l'assistance de l'Europe n'implique pas, dit M.Fauvel, la diminution ou la cessation du droit qui revient à la puissance à laquelle appartient la localité. Cela n'a d'autre but que de mieux faire fonctionner l'établissement, et d'assurer l'exécution des mesures prescrites.

M. Monlau croit que M. Fauvel n'a pas détruit son objection : elle reste dans toute sa force, étant démontré que pour préserver la Méditerranée il faut prendre des mesures efficaces dans la Mer Rouge.

M. Bartoletti se range à l'avis de M. Monlau sur le point de l'arraisonnement, mais non pas sur le point de la quarantaine. M. Bartoletti voudrait aussi que l'arraisonnement à l'île de Périm fût obligatoire pour tous les bâtiments, et propose que cette formule soit généralisée à l'égard de tous.

Pour M. de Lallemand, au contraire, cette assimilation ne pouvant être admise, ne pourrait être établie sans grande injustice, car il est de toute évidence qu'il y a la plus grande inégalité par rapport au danger entre les navires à pèlerins et les paquebots des Compagnies.

Sur la demande générale le texte et la conclusion sont mis aux voix et adoptés à la majorité de 17 voix contre 2.

Ont voté pour :

MM. Monlau, Spadaro, de Lallemand, Fauvel, Kalergi, Maccas, Bosi, Salvatori, Keun, Sawas, Mühlig, Pelikan, Bykow, de Hübsch, Stenersen, Bartoletti, S. Exc. Salih Effendi.

Ont voté contre :

MM. Goodeve, Dickson.

M. Fauvel poursuit la lecture du rapport, jusqu'à page 34. Question du pèlerinage de La Mecque.

M. Salem bey déclare que bien qu'il soit complétement d'accord avec la Commission sur le principe fondamental de l'interruption maritime avec l'Egypte dans le cas où le choléra se manifesterait parmi les pèlerins, mesure que l'Egypte a mise à exécution cette année même, il ne peut pas souscrire à la conclusion du rapport pour les raisons suivantes :

Les deux postes qu'elle propose le long du littoral arabique, l'un à Djeddah et l'autre à Yambo, et les deux lazarets dont l'un à El-Wesh pour les pèlerins et l'autre à Tor pour les arrivages ordinaires, ne sont pas de nature à remplir les vœux de la Conférence.

En effet, dit Salem bey, le port d'El-Wesh qui se prête bien comme endroit de quarantaine ne pourrait pas suffire comme lieu de quarantaine pour tous les pèlerins retournant de l'Egypte qui sont en moyenne de 10 à 12 mille par an. En outre des transports, la condition même du port et surtout l'insuffisance d'eau, et l'encombrement qui en résulterait inévitablement le rendent incapable de servir de lieu principal de quarantaine, moins encore comme unique endroit pour y établir un grand lazaret.

M. Salem bey, dans le but de parer à tous ces inconvénients, propose de modifier la proposition de la Commission comme il suit :

Pour le littoral arabique :

1° Outre le poste sanitaire à Djeddah, il faudrait établir un lazaret près de cette ville, à Rabegh qui se trouve à 6 heures de distance à Djeddah et

qui présente tous les avantages désirables, pour en faire un lazaret à l'usage des pèlerins et aussi d'autres personnes.

2° Outre le poste sanitaire de Yambo, on devrait établir un lazaret dans les environs de cette ville, ou bien sur l'île même qui se trouve au milieu du port de Yambo. Ce lazaret serait destiné aux pèlerins venant de Médine qui veulent s'embarquer pour l'Egypte.

3° Un lazaret à El-Wesh destiné à la grande masse qui se précipite sur Djeddah pour s'embarquer pour l'Egypte. Ce lazaret servirait dans le cas où le choléra se manifesterait pendant le pèlerinage.

Quant au lazaret de Tor, que la Commission propose pour les provenances cholériques ordinaires, telles que les paquebots de l'Inde, la désignation d'un endroit destiné à l'arraisonnement devrait être faite par la Direction Sanitaire d'Egypte.

M. Salem bey espère se mettre d'avance d'accord avec l'Intendance Egyptienne en désignant à cet effet les sources de Moïse qui sont d'après lui l'endroit le plus convenable.

Finalement Salem bey serait d'avis de maintenir dans le littoral africain les trois postes sanitaires pourvus de médecins comme la commission l'a proposé.

M. Fauvel regrette de voir Salem bey changer à tout moment d'idées et de projets, et son incertitude est la cause de la confusion qu'il vient de faire. C'est surtout, dit M. Fauvel, sur la proposition de Salem bey que la Commission avait choisi El-Wesch. Il avait affirmé que ni Tor ni Moilah ne pouvaient convenir comme lieux de quarantaines. Telles étaient peut-être alors ses instructions. Plus tard, il voulut soutenir que El Wesch ne pourrait guère servir pour y établir un lazaret et qu'alors il faudrait préférer un autre endroit. Où cherchait-il alors cet endroit ? dans les lieux même où règne le choléra, c'est-à-dire à Djeddah et à Yambo, qu'il importe à cause de cette circonstance, dans la pensée de la Commission, d'éviter de toutes les manières. Mais est-il vrai, se demande M. Fauvel, qu'El-Wesch soit insuffisant ? Nullement et on n'a qu'à lire le rapport pour se convaincre qu'El-Wesch réunit toutes les conditions désirables pour un établissement quarantenaire : port vaste et sûr, accessible aux grands navires, eau douce en abondance et d'excellente qualité.

A propos de Djeddah et de Yambo, continue M. Fauvel, en recommandant que ces ports soient bien approvisionnés et pourvus de tout ce qu

est nécessaire aux pèlerins, la Commission a cru les rendre plus utiles qu'en y établissant des lazarets. Si les pèlerins trouvaient dans ces deux villes les vivres et les choses dont ils ont besoin, on pourrait très-facilement les empêcher de s'embarquer.

Toutefois si la Conférence, dit M. Fauvel, admet l'insuffisance d'El-Wesch, il y aurait à choisir un autre point entre El-Wesch et Yambo. Entre ces deux ports on en trouve plusieurs autres où il y a abondance d'eau potable et où on pourrait aisément faire arriver des provisions.

M. Sawas regrette de ne pouvoir soutenir Salem bey, car il est évident, dit-il, qu'il s'agit, d'après son plan, de faire purger quarantaine sur les lieux même ou règne le choléra.

A la demande générale, S. Exc. le Président met aux voix le texte de cette partie de la question du pèlerinage de La Mecque.

Il est adopté à l'unanimité.

M. Fauvel poursuit sa lecture jusqu'à page 38.

M. Dickson fait une petite observation. Il voudrait que cette première partie de la question du pèlerinage de La Mecque fût partagée en deux : et que la première partie finît à p. 36. Cette partie ne contenant que des faits et des renseignements serait, pense-t-il, adoptée à l'unanimité et lui-même n'aurait rien à dire. Mais ce n'est plus la même chose avec la 2^{me} partie, dont beaucoup de détails sont susceptibles de discussion ; plusieurs de ces détails, lui-même ne pouvant les accepter, sera obligé de voter contre.

M. Goodeve fait les mêmes observations et les mêmes réserves. Il croit, en outre, que la station de Tor est bien loin de Suez. M. Goodeve est d'avis qu'il faudrait faire de nouvelles recherches pour s'assurer s'il y a possibilité de trouver plus près de Suez un endroit convenable pour l'installation d'un lazaret qui ne soit pas dangereux pour l'Egypte.

Sur la demande de plusieurs Délégués, S.Exc. le Président met aux voix le texte et les deux premiers paragraphes de la conclusion (page 38) se réservant lui-même de faire quelques remarques sur le 3^{me} paragraphe de la conclusion.

Ils sont adoptés à la majorité des voix.

Ont voté pour :

MM. Monlau, Spadaro, de Lallemand, Fauvel, Kalergi, Maccas, Bosi. Salvatori, Pelikan, Bykow, Bartoletti, Salih Effendi.

MM. Goodeve et Dickson déclarent qu'ils acceptent la majeure partie du texte, sauf la partie qui touche à la création d'une Commission Internationale. Et aussi les deux premiers paragraphes de la conclusion avec une réserve à propos de Tor.

S. Exc. Salih Effendi, dans le but de rendre la troisième partie de la conclusion plus conforme au texte, propose de la rédiger d'une manière plus détaillée dans le sens suivant:

Une direction Ottomane, siégeant à Suez, et assistée d'une Commission Internationale, organisée sur le même pied que le Conseil Sanitaire de Constantinople, déciderait de toutes les questions concernant le service sanitaire de la Mer Rouge y compris celui de Bab-el-Mandeb.

M. Bartoletti déclare adhérer à cette rédaction.

M. Fauvel propose de remettre à la prochaine séance l'examen de la rédaction proposée par S. Exc. Salik Effendi.

La Conférence l'appuie.

La séance est levée à 4 1/2 heures.

Ordre du jour de la prochaine séance.

Suite de la discussion du rapport.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Dr NARANZI.—Bon DE COLLONGUE.

N° 33.

SÉANCE DU 3 SEPTEMBRE 1866.

—

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 3 septembre, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa trente-troisième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires ;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M Kalergi, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes ;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie.

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

Mirza-Malkom-Khan, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseille de sa Légation ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio Gomez, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. le B^{on} Testa, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation, médecin principal, de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur BYKOW, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. OLUF STENERSEN, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron HÜBSCH ;

Pour la Turquie :

S. Exc. SALIH EFENDI, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur BARTOLETTI, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur SALEM BEY, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

La séance est ouverte à midi.

Le procès-verbal de la 31ᵉ séance est lu par M. le Bᵒⁿ de Collongue et adopté.

M. le Dʳ Mühlig, qui n'avait pu rester jusqu'à la fin de la dernière séance, déclare adhérer à la partie du rapport votée en son absence.

MM. le Bᵒⁿ Testa, Dʳ Gomez, Stenersen, Dʳ Sotto et Dʳ Bᵒⁿ Hübsch, font la même déclaration.

La discussion étant reprise sur la dernière partie de la conclusion du titre 1ᵉʳ de la section VII (chapitre III) où elle avait été laissée à la dernière séance, S. Exc. Salih Effendi fait remarquer que cette conclusion n'est peut-être pas en complète harmonie avec le texte. La rédaction pourrait en être ainsi modifiée ou si l'on veut complétée : *une direction Ottomane, siégeant à Suez et assistée d'une Commission Internationale*, organisée sur le même pied que le Conseil Sanitaire de Constantinople, *déciderait de toutes les questions concernant le service sanitaire de la Mer Rouge* y compris celui de Bab-el-Mandeb. S. Exc. Salih Effendi constate qu'il n'y a dans la conclusion ainsi modifiée rien de contraire au texte du rapport, ce n'en est qu'un commentaire, qu'une sorte d'interprétation ; il n'entend pas du

reste introduire un amendement et ne demande pas à la Conférence de se prononcer sur ces modifications.

M. le Dr Fauvel explique la réserve dans laquelle la Commission a cru devoir rester. Elle a pensé, comme il est dit dans le dernier alinéa de la page 37, qu'il conviendrait de confier la direction du service sanitaire de tout le littoral de la mer Rouge, y compris celui du détroit de Bab-el-Mandeb, à une Commission spéciale mixte, mais elle a bien eu soin de spécifier que le pouvoir exécutif devrait être laissé à qui de droit ; ce n'est pas à la Conférence qu'il appartient de décider si c'est le Gouvernement Ottoman ou le Gouvernement Egyptien qui devrait en être chargé.

Le Dr Salem bey croit que l'intendance sanitaire d'Egypte en raison de son caractère mixte se trouve tout naturellement désignée pour être chargée de la Direction du service sanitaire de la Mer-Rouge ; quant au pouvoir exécutif, il est bien entendu qu'il doit comme le dit la Commission, être laissé à qui de droit. En sa qualité de Délégué du gouvermenent Egyptien, le Dr Salem bey n'admet pas la création, d'ailleurs inutile à ses yeux, d'une Commission spéciale résidant à Suez et distincte de l'intendance sanitaire d'Egypte.

La dernière partie de la conclusion du Titre 1er de la Section VII est mise aux voix et adoptée : 18 voix pour, 4 contre, 3 abstentions.

Ont voté pour MM. Dr Sotto, Segovia, Dr Monlau, Dr Spadaro, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Kalergi, Dr Maccas, Vernoni, Prof. Bosi, Cher Pinto de Soveral, Dr Gomes, B. Testa, Dr Mühlig, Dr Pelikan, Stenersen, Dr B. Hübsch et Salem bey (avec réserves).

Contre : MM. Dr Goodeve, Dr Dickson, Keun et Dr Bykow.

Abstentions : MM. Dr Millingen, Malkom-khan et S. E. Salih Effendi.

Lecture est donnée du Titre 2e de la Section VII.

Le précepte de la loi musulmane qui veut que quiconque entreprend le pélerinage ait la somme nécessaire au voyage ne serait, d'après M. le Dr Monlau et quoiqu'en dise le rapport, guère observé en Algérie. Entre autres faits à produire à l'appui de ce qu'il avance, M. le Dr Monlau cite celui d'un bateau à vapeur, le *Méandre*, qui vint relâcher à Valence en février 1866 et qui avait à bord un certain nombre de pélerins Arabes se rendant à la Mecque. On ne peut se faire une idée de l'état de misère et de malpropreté de ces malheureux dont le voyage était payé jusqu'au Caire, mais qui n'avaient aucun moyen de pourvoir à leur subsistance : on en a vu

qui mangeaient avec avidité les écorces d'oranges jetées par les autres passagers. M. le Dr Monlau pense qu'il serait bon d'appeler l'attention du Gouvernement français sur ces faits.

M. le Cte de Lallemand répond que le Gouvernement français s'occupe de cette grave question. On songerait à appliquer en Algérie une mesure qui a donné de bons résultats au Maroc, c'est-à-dire à exiger des pélerins qu'ils justifiassent de la possession d'une somme de 500 fr.

Le Dr Salem bey explique que les Algériens appartiennent à la secte del Malek qui n'exige du pélerin que la santé du corps : on ne peut qu'applaudir cependant aux mesures qui seront prises par le Gouvernement Français dans le sens qui vient d'être indiqué.

M. le Dr Monlau déclare ne pas insister sur son observation après ce qui a été dit par M. le Cte de Lallemand.

M. Segovia ajoute que le fait cité par M. le Dr Monlau et d'autres faits semblables avaient motivé des plaintes des autorités sanitaires espagnoles; M. l'ambassadeur de France à Madrid à qui ces plaintes avaient été communiquées a donné, comme M. le Cte de Lallemand, l'assurance que des mesures seraient prises pour en prévenir le retour.

M. le Dr Millingen se demande si ce n'est pas surtout de l'état de santé des pèlerins, plutôt que de leur pécule, qu'il faudrait s'occuper. Tous les imams font de la santé du corps la première des conditions à exiger du futur Hadji. Ne devrait-on pas surveiller l'état de santé des pèlerins au moment de l'embarquement et empêcher le départ de tous ceux qui ne seraient pas bien portants ?

M. le Dr Fauvel répond que cela rentre dans les mesures hygièniques à prendre au moment de l'embarquement, et que la 3me Commission n'avait pas à revenir sur cette question déjà traitée précédemment.

M. le Dr Millingen trouve que pour être juste le rapport aurait dû mentionner Singapore en même temps que les ports ottomans et égyptiens lorsqu'il parle (page 39, 2d alinéa) du transport des pèlerins et des conditions fâcheuses d'encombrement dans lesquelles il n'est que trop souvent opéré. Les ports ottomans et égyptiens ne sont pas les seuls où ce transport reste livré à tous les appétits d'une spéculation avide : Singapore mérite aussi bien qu'eux ce reproche.

Le Titre 2d de la section VII est mis aux voix et adoptés à l'unanimité. (24 votants ; absent au moment du vote, Mirza-Malcom-Khan.)

MM. les délégués de la Grande-Bretagne déclarent ne voter que sous la réserve de l'application de ce § aux Indes.

Les titres 3 et 4 de la section VII ne donnent lieu à aucune observation et sont successivement adoptés à l'unanimité.

M. le Dr Goodeve déclare donner sa complète adhésion au Titre 5 dont il est donné ensuite lecture et qui *traite des mesures à prendre contre les provenances du Hedjaz si le choléra se manifestait pendant le pèlerinage.* Les mesures proposées par la Commission paraissent à M. Goodeve aussi sages qu'efficaces et il ne pense pas qu'on pût mieux résoudre qu'elle ne l'a fait une question aussi difficile.

Le Dr Salem bey constate avec satisfaction que la Commission admet (page 47, avant-dernier alinéa) la possibilité « de modifications qui sans altérer le principe fondamental de la mesure qu'elle propose, seraient jugées propres à en faciliter l'application. Cette déclaration de la Commission atténue les réserves que le Dr Salem bey avait dû faire au sein de la Commission touchant certains points de cette partie du Rapport. Le port d'El-Wesch auquel on pense (page 4) comme lieu de quarantaine pour les pèlerins serait, d'après le Dr Salem bey, insuffisant surtout si le choléra éclatait à La Mecque.

M. le Dr Mühlig ne considère pas comme une garantie suffisante le délai de 10 jours pleins après la disparition du choléra parmi les pèlerins en quarantaine à El-Wesch passé lequel ils seraient autorisés à repartir pour l'Egypte (6me alinéa, page 48.) La Commission, qui l'a bien senti, recommande, il est vrai, la désinfection préalable des hardes et bagages, et propose en outre que les navires affectés au transport de ces pèlerins soient soumis à une observation de 24 heures à Thor, mais cette désinfection, sera-t-elle possible dans la pratique? M. le Dr Mühlig, qui ne le croit pas et qui n'admet pas non plus l'efficacité de cette observation de 24 heures appliquée à des navires dont les capitaines seront toujours intéressés à dissimuler le véritable état sanitaire de leurs passagers, voudrait que les pèlerins ne fussent autorisés à quitter El-Wesch que 15 jours après la disparition du choléra parmi eux, et de même que les communications maritimes entre le Hedjaz et l'Egypte (9me alinéa) ne fussent rétablies que 15 jours au lieu de 10 après la cessation de tout indice de choléra dans le Hedjaz; 8 ou 10 jours après la fin d'une épidémie on a souvent encore à constater des cas isolés. M. le Dr Mühlig rappelle à ce propos

que les provenances cholériques ne sont admises en libre pratique dans les ports des Etats-Unis d'Amérique que 21 jours après la constatation du dernier cas de choléra. Le délai de 10 jours proposé par la Commission n'est suffisant que lorsqu'il s'agit (7me alinéa) de la caravane pour l'Egypte en raison de la longueur du trajet.

M. Stenersen s'associe à ces observations en faisant remarquer d'ailleurs que la Conférence peut les prendre en considération sans préjuger la décision qu'elle sera ultérieurement appelée à émettre lorsqu'on discutera la question de la durée des quarantaines. Lorsqu'il s'agit de mesures sanitaires à prendre à l'égard des provenances du Hedjaz si dangereuses au point de vue de l'importation du choléra en Europe, il faut toujours compter sur une application plus ou moins défectueuse et comme de plus il n'y a pas là de grands intérêts commerciaux à ménager, la Conférence peut, d'après M. Stenersen, se montrer sans inconvénient plus rigoureuse.

M. Keun fait ses réserves au sujet de ce qui est dit (8e alinéa page 48) de l'autorisation qui serait accordée aux pèlerins à destination des pays au delà de la Mer Rouge de s'embarquer pour retourner chez eux à la condition qu'ils se soumettent aux règles prescrites par l'autorité sanitaire. La Commission ayant demandé précédemment (page 46, avant dernier alinéa) que les prescriptions du Règlement anglais fussent observées lors du départ de ces pèlerins pour le Hedjaz, M. Keun a tout lieu de croire que son Gouvernement serait disposé à demander que ce règlement soit aussi appliqué lorsqu'ils se rembarquent dans les ports du Hedjaz pour revenir dans leur pays, et à provoquer à cet effet un accord entre les Puissances intéressées.

S. E. Salih Effendi conteste qu'une partie des pèlerins se dispense (voir 2e alinéa, page 43) du voyage à Médine. Il serait plus exact de dire que ce sont « ceux qui ont été à Médine avant d'aller à La Mecque, ce qui est le cas du plus grand nombre qui reviennent au plus vite s'embarquer à Djeddah. »

M. le Dr Fauvel répond que la Commission a eu sous les yeux des rapports où il était fait mention des pèlerins qui ne vont pas à Médine. Il se peut d'ailleurs que le nombre n'en soit pas considérable et la Commission ne peut que s'en rapporter à cet égard à ce que dit M. le Délégué de Turquie.

MM. les Drs Dickson et Bartoletti appuient la motion de M. le Dr Mühlig.

Ils font observer que le chiffre de 15 jours a déjà été adopté par la Conférence et aussi par le Conseil de Santé pour les provenances du Hedjaz.

M. le B^on^ Testa demande que la motion de M. le D^r^ Mühlig soit l'objet d'un vote spécial de la Conférence.

MM. les D^rs^ Salem bey et Gomez trouvent au contraire suffisant le délai de 10 jours. Ce dernier fait observer qu'il faut tenir compte de la durée du voyage qui lui paraît une véritable continuation de l'observation. Si pendant le trajet, il se produisait des cas de choléra, on serait toujours à même de parer aux éventualités de l'importation de la maladie en Egypte.

M. le D^r^ Mühlig objecte que les équipages des navires qui viendront prendre les pèlerins en quarantaine à El-Wesch n'auront pas subi eux-mêmes l'influence cholérique et qu'ils seront dès lors exposés à l'infection si l'embarquement de cette masse de pèlerins a lieu trop tôt. Il en résultera, d'après M. le D^r^ Mühlig, un nouveau danger pour l'Egypte et c'est une raison de plus pour porter à 15 jours la durée de la quarantaine.

M. le D^r^ Fauvel déclare que la majorité de la Commission adhère à la proposition de M. le D^r^ Mühlig.

M. le D^r^ Bykow croit quant à lui que 10 jours suffiraient et cela d'autant plus que, comme l'a dit avec raison M. le D^r^ Gomez, la durée du trajet sera, y compris l'observation de 24 heures à Thor, de 3 ou 4 jours, ce qui fait qu'en somme 13 ou 14 jours se passeront entre le moment de la disparition du choléra parmi les pèlerins à El-Wesch et celui de leur arrivée en Egypte. M. le D^r^ Bykow ne s'oppose cependant pas à ce que la quarantaine soit portée à 15 jours et même plus: Plus cette quarantaine sera longue, plus il y aura de garantie pour l'Egypte et partant pour l'Europe.

La proposition de M. le D^r^ Mühlig de fixer à 15 jours au lieu de 10 la durée de la quarantaine est mise aux voix et adoptée à l'unanimité, moins une voix celle de M. le D^r^ Gomez qui vote contre (25 votants).

Le texte et les conclusions du titre 5^me^ § de la section VII, sont ensuite votés et adoptés à l'unanimité. MM. les D^rs^ Goodeve et Dickson votent sous les réserves précédemment indiquées par eux.

Lecture est donnée de la section VIII (rubrique A) du chapitre III « *des » mesures à prendre dans le cas où le choléra éclaterait en Egypte.* »

M. le D^r^ Mühlig trouve que le rapport n'aurait pas dû se borner à poser la question de savoir si, dans ce cas, il ne conviendrait pas d'interrompre

temporairement les communications maritimes de l'Egypte avec tout le bassin de la Méditerranée, mais qu'il aurait dû la résoudre par l'affirmative. L'interruption des communications, du moment que le choléra a pénétré en Egypte, est évidemment le seul moyen qui reste à l'Europe de s'en préserver.

M. le Dr Monlau partage cette manière de voir : la question est parfaitement résolue, il faut proclamer la solution et si la Commission a cru prudent de se montrer timide, la Conférence doit se montrer plus hardie ou plus explicite et déclarer franchement, qu'au point de vue sanitaire, peut-être même au point de vue commercial, la nécessité de l'interruption des communications ne saurait être mise en doute. L'efficacité des mesures de prophylaxie dépendant de leur opportunité et de leur rigoureuse application, M. le Dr Monlau voudrait même qu'on allât plus loin et que sans préjudice de l'interruption temporaire absolue en cas d'épidemie déclarée, toutes les provenances de l'Egypte fussent soumises dans les ports de la Méditerranée à une quarantaine d'observation pendant tout le temps du pèlerinage à La Mecque : l'Egypte peut être considérée comme un pays compromis ou suspect dès l'arrivée des premiers pèlerins Hindoux à Djeddah et, sous ce rapport, la quarantaine d'observation est de plein droit sanitaire. M le Dr Monlau pense que cette quarantaine serait une garantie de plus contre l'importation du choléra par la voie de mer, et que d'ailleurs, rendue périodique et habituelle, elle ne gènerait pas beaucoup la navigation : quand on veut obtenir un grand résultat, faut-il d'ailleurs épargner les sacrifices ? En Espagne il existe une quarantaine analogue contre la fièvre jaune ; toutes les provenances des Antilles et du Golfe du Mexique parties du 1er mai au 30 septembre (c'est-à-dire pendant les mois où l'importation est le plus à craindre) sont invariablement assujéties à une quarantaine de sept jours, qui depuis 40 ans qu'elle a été établie n'a donné que de bons résultats. La fièvre jaune qui auparavant désolait si souvent les côtes de l'Andalousie n'y a plus reparu depuis lors. M. le Dr Monlau après avoir rappelé que cette même quarantaine préventive a aussi été employée avec avantage contre la peste et que ce n'est que depuis bien peu d'années que la patente du Levant a été admise à jouir du droit commun, se demande en finissant pourquoi on n'en userait pas de même à l'égard du choléra au moins jusqu'à ce que le service sanitaire de la mer Rouge ait été organisé. On pourra lorsque l'Egypte offrira au

point de vue sanitaire plus de garantie, renoncer à des mesures de précaution dont la nécessité est quant à présent évidente.

M. le Dr Pelikan est d'accord avec la Commission sur le principe de l'interruption des communications ; seulement il désire savoir de quelles exceptions le rapport veut parler lorsqu'à la fin du 3me alinéa de la page 50, il dit que l'interruption ne porterait pas sur certaines communications urgentes qui avec les précautions indispensables pourraient être opérées sans danger. Si c'est des paquebots qu'il s'agit, la mesure proposée perdrait alors toute son efficacité et il se verrait obligé de voter contre.

M. le Dr Fauvel répond que la Commission n'a entendu parler que des valises de la poste, en un mot des dépêches. Aucune exception ne saurait être faite en faveur des paquebots.

M. le Dr Goodeve votera contre les conclusions de la Commission ; il ne conteste pas l'efficacité de la mesure proposée, mais il nie qu'elle soit possible dans la pratique et aussi qu'elle obtienne l'adhésion des Gouvernements intéressés. On aurait pu concilier davantage les intérêts internationaux et commerciaux avec les prescriptions de la science et la Commission aurait mieux fait d'indiquer des mesures de préservation pratique plutôt que de trancher d'une manière si absolue une question qui intéresse les relations de toute une partie du globe avec l'autre. M. le Dr Goodeve a été heureux d'entendre, d'après les explications formellement données à M. le Dr Pelikan, que les dépêches et malles ordinaires resteraient libres de passer par l'Egypte, ce qui n'est pas clairement exprimé dans le rapport ni dans la conclusion qui parle seulement d'interrompre les communications maritimes, communications, sans lesquelles le transport des dépêches nepeut avoir lieu ; mais il reste les voyageurs si nombreux venant des Indes, de la Chine, de l'Australie, qui traversent l'Egypte pour se rendre en Europe, peut-on songer à les arrêter et à les faire rester pendant trois mois peut-être en Egypte? On aurait pu recourir à de pareils moyens aux temps passés, lorsque les communications entre les diverses nations n'existaient pourainsi dire pas, mais ce n'est plus possible dans les temps modernes, et si les relations plus fréquentes rendent plus facile la propagation des maladies contagieuses, il faut savoir en accepter les risques avec les bienfaits.

M. Goodeve croit en tous cas, qu'il eut été préférable que la discussion de cette partie du rapport eût été précédée de celle du rapport de la Commission qui est chargée de l'étude des mesures quarantenaires ; peut-être

indiquera-t-elle des mesures de précaution à la fois aussi efficaces et moins onéreuses que celles que l'on discute en ce moment. Quant à la proposition de M. le Dr Monlau que les provenances d'Egypte soient régulièrement chaque année mises en quarantaine d'observation pendant la durée du pélerinage,et cela que le choléra règne ou non au Hedjaz, M. le Dr Goodeve trouve que ce serait une mesure aussi rigoureuse que peu justifiée si l'on tient compte de l'expérience acquise pendant les cinquante années depuis lesquelles on s'occupe du choléra. Il espère que cette proposition ne sera pas adoptée par la Conférence.

M. Segovia avoue que ses idées se sont modifiées depuis la Conférence sanitaire de 1851 où il s'était posé en défenseur des intérêts commerciaux. Il faut avant tout interrompre la communication des maladies; le commerce dont une épidémie a pour conséquence forcée d'arrêter les transactions, y est le premier intéressé, il y gagnera plus qu'il n'y perdra. Bien qu'il ne soit peut-être pas aussi rigoureux que son collègue M. le Dr Monlau, M. Segovia n'en appuie pas moins sa proposition.

M. le Dr Mühlig croit que M. le Dr Goodeve exagère les funestes conséquences de l'interruption des communications maritimes entre l'Egypte et les ports Méditerranéens : Pourquoi le commerce ne reprendrait-il pas momentanément, en cas d'épidémie, l'ancienne voie du cap de Bonne Espérance, la seule qu'il suivit il y a bien peu d'années encore. L'intérêt sanitaire doit faire taire l'intérêt commercial; si l'année dernière les communications avaient été interrompues pendant 4 ou 5 semaines, on ne verrait pas le choléra étendre ses ravages sur l'Europe tout entière.

M. le Dr Goodeve objecte à M. Mühlig qu'il serait impossible d'improviser, soit aux Indes, soit en Egypte, un changement de route pour les trois ou quatre mois pendant lesquels durera l'interdiction des communications. Et d'ailleurs qu'y gagneraient les voyageurs qui se verraient dans l'alternative ou d'être retenus en Egypte ou de faire un voyage qui exige des mois entiers ?

M. le Dr Maccas reconnaît que le commerce aurait grandement à souffrir de l'interruption des communications maritimes, mais il se demande si là est vraiment la question pour une Conférence dont le premier devoir est de rechercher les moyens de sauvegarder la santé publique. Ce qu'il faut avant tout examiner, c'est si la mesure proposée est efficace ou non ; si elle est efficace et qu'on n'en connaisse pas d'autre aussi sûre, mais

moins onéreuse à lui substituer, la considération qu'elle entravera les relations commerciales ne saurait suffire à la faire rejeter. Contrairement à l'opinion émise par M. le Dr Goodeve et sans préjuger d'ailleurs les conclusions de la Commission chargée de l'étude des mesures quarantenaires, M. le Dr Maccas ne croit pas qu'elles puissent suffire à préserver l'Europe du danger auquel l'expose la présence du choléra en Egypte. L'expérience a démontré que l'efficacité des quarantaines, mesures complexes qui nécessitent le concours d'une foule de circonstances et de personnes, dépend de leur mode d'application, or les chances de compromissions sont trop nombreuses pour que dans ce cas elles puissent être considérées comme une garantie infaillible, surtout si l'on tient compte aussi de l'impossibilité de s'opposer à la propagation du choléra en Europe lorsqu'une fois il a réussi à pénétrer sur un point quelconque du continent européen. Les quarantaines écartées, il ne reste évidemment plus d'autre ressource que d'interrompre les communications entre l'Egypte et l'Europe. Dans ces conditions, M. le Dr Maccas ne se borne pas à appuyer les conclusions du rapport, il demande que la Conférence réponde affirmativement, comme on l'a proposé, à la question posée par la Commission.

M. le Dr Goodeve déclare qu'il préfère la quarantaine la plus rigoureuse à l'interdiction des communications.

M. le Dr Bartoletti ne s'oppose pas à l'adoption de mesures spéciales à l'égard de l'Egypte, mais encore faut-il qu'elles soient d'une application possible dans la pratique, or la Commission est la première à douter de la possibilité d'appliquer celles qu'elle propose. M. le Dr Bartoletti qui n'aurait pas d'objection à élever contre l'interruption des communications si les touristes ou les émigrants devaient seuls en souffrir, croit qu'on pourrait sans inconvénient pour la santé publique permettre la sortie des marchandises.

M. Segovia n'est pas de cet avis. Les dépêches postales devraient seules être exceptées de la mesure. M. Segovia ajoute que le mode de transport des dépêches de l'Inde qui voyagent dans des caisses de bois bien fermées, d'un modèle uniforme et où il n'entre aucune matière susceptible telle que du cuir ou du chanvre, rendrait faciles les précautions à prendre pour que l'exception consentie en leur faveur ne constitue pas un danger.

M. le Dr Fauvel prend à son tour la parole pour expliquer les raisons qui ont guidé la Commission : En traitant cette question, elle a eu surtout

en vue de faire ressortir l'extrême importance des mesures recommandées dans les chapitres précédents pour empêcher le choléra de pénétrer en Egypte ; l'interruption des communications est en effet une ressource extrême à laquelle on ne serait peut-être jamais forcé de recourir si ces mesures étaient bien appliquées. Devrait-on maintenant reculer devant un pareil moyen si malheureusement le choléra, franchissant tous les obstacles, venait à envahir l'Egypte ? La Commission ne le croit pas : en temps de guerre on n'hésite pas à mettre des pays entiers en état de blocus, à les affamer et même à bombarder des villes inoffensives, et l'on trouve cela tout naturel, comment pourrait-on soutenir que ce qui est permis dans ce cas, souvent pour des motifs bien légers, doive être considéré comme barbare lorsqu'il s'agit de préserver l'humanité d'un fléau redoutable? La Commission n'a pas pensé enfin que le préjudice causé à l'Egypte par l'interruption de ses relations avec l'Europe pendant deux ou trois mois soit aussi considérable qu'on paraît le croire. M. le Dr Fauvel analyse une à une les conséquences de l'interruption des communications maritimes et il fait voir combien ces conséquences ont été exagérées du moment que l'interruption ne s'applique qu'au transit des marchandises et des voyageurs et qu'elle ne met pas obstacle à celui des dépêches qui est le plus important. Quelques sérieuses que soient les conséquences indiquées, quelques sacrifices qu'elle impose, la Commission se refuse en tout cas à admettre que ce puisse être à comparer avec le trouble immense qu'une épidémie cholérique jette dans les transactions commerciales, sans parler des milliers d'hommes dont elle cause la mort. M. le Dr Fauvel dit en terminant que si la Commission a donné à sa conclusion une forme interrogative, ce n'est pas qu'elle doutât de la réponse à faire à la question qu'elle posait ; seulement elle se trouvait en face de préjugés dont elle était forcée de tenir compte et elle a donc préféré rester dans la réserve en laissant à la Conférence le soin de se prononcer.

Le Dr Salem bey déclare qu'il votera contre la conclusion du rapport, non qu'il conteste à l'Europe le droit de recourir aux mesures les plus rigoureuses pour se garantir contre l'Egypte, mais parce qu'il lui paraît impossible d'obtenir ce résultat par un moyen aussi impraticable que celui que propose la Commission. Le Dr Salem bey regrette que quelques Délégués croient devoir aller plus loin que la Commission ne l'a fait en demandant à la Conférence de trancher une question aussi importante

avant que la discussion du rapport de la 2me Commission ne soit venue démontrer l'impossibilité de compter sur des mesures quarantenaires sévèrement appliquées pour arriver au but à atteindre.

M. le Dr Gomez se demande s'il n'y aurait pas injustice à imposer à l'Egypte d'immenses sacrifices dans le seul but de sauvegarder la santé publique en Europe. Pourquoi alors ne pas exiger aussi l'isolement complet de l'Italie, de l'Espagne ou de la France lorsque le choléra y a éclaté et que les pays voisins sont encore indemnes? M. le Dr Gomez qui approuve la réserve avec laquelle la Commission recommande l'isolement de l'Egypte en temps d'épidémie, votera les conclusions du rapport, mais seulement dans la forme où elles sont formulées.

M. Kalergi déclare que son Gouvernement se réserve le droit de prendre telles mesures de précaution qu'il croira nécessaire contre les pays qui continueraient, contrairement aux décisions de la Conférence, à entretenir des relations avec l'Egypte après qu'une épidémie de choléra s'y serait manifestée.

M. le Dr Dickson admet que l'interruption des communications avec l'Egypte puisse être en théorie le plus sûr moyen de préserver l'Europe, seulement il doute que ce soit possible dans la pratique, en raison de l'opposition que cette mesure rencontrera de toute part. Ne pourrait-on pas, pour concilier tous les intérêts, désigner une île quelconque de la Méditerranée où, lorsque le choléra existerait en Egypte, les navires provenant de ce pays iraient faire quarantaine avant de poursuivre leur route vers l'Europe.

M. le Dr Fauvel fait observer que cette question rentre dans le domaine de la Commission chargée de l'étude des mesures quarantenaires.

M. le Dr Bykow pense que la Conférence doit être en état de se prononcer après les explications données par M. le Dr Fauvel : il dépendra en effet de l'Egypte de se soustraire aux sacrifices que lui causerait l'interruption des communications par l'application rigoureuse, dans la mer Rouge, des mesures conseillées par la Conférence.

M. Segovia insiste aussi pour qu'il soit passé au vote, mais en demandant que chaque Délégué réponde par *oui* ou par *non* à la question posée par la Commission.

M. le Président met d'abord aux voix le texte de la section VIII avec

la conclusion sous forme de question telle qu'elle est formulée par la Commission.

La Conférence les adopte par 16 voix, contre 3 avec une abstention.

Ont voté pour, MM. le Dr Sotto, Segovia, Dr Monlau, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Kalergi, Dr Maccas, Vernoni, Keun, Dr Millingen, Dr Gomez, Dr Mühlig, Dr Pelikan. Dr Bykow, Stenersen, Dr Bon Hübsch.

Contre, MM. les Drs Goodeve, Dickson et Salem bey.

Abstention, S. Exc Salih effendi.

La Conférence que S. Exc. Salih effendi consulte ensuite sur la question de savoir s'il doit être répondu affirmativement à la question posée par la Commission, se prononce à la majorité de 13 voix contre 3 et 4 abstentions, pour l'affirmative.

Ont voté pour MM. le Dr Sotto, Segovia, Dr Monlau, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Kalergi, Dr Maccas, Vernoni, Dr Mühlig, Dr Pelikan, Dr Bykow, Stenersen, Dr Bon Hübsch.

Contre MM. les Drs Goodeve, Dickson et Salem bey.

Abstentions, MM. Keun, Dr Millingen, Dr Gomez et S. Exc. Salih effendi.

La séance est levée à 4 h. 1/2.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Bon DE COLLONGUE.—Dr NARANZI.

N° 34.

SÉANCE DU 6 SEPTEMBRE 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent soixante-six, le 6 septembre, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa trente-quatrième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour la Belgique :

M. le comte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

S. G. Mgr. Brunoni, archevêque de Taron, vicaire-apostolique à Constantinople ;

M. le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople;

Pour la Grèce :

M Kalergi, secrétaire de la Légation de S M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie.

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

Mirza-Malkom-Khan, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseille de sa Légation ;

M. le Docteur Sawas Efendi, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard PINTO DE SOVERAL, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio GOMEZ, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. le B^n^ TESTA, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur MÜHLIG, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur BYKOW, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. OLUF STENERSEN, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron HÜBSCH ;

Pour la Turquie :

S. Exc. SALIH EFENDI, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur BARTOLETTI, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur SALEM BEY, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

M. le D^r^ Naranzi, l'un des secrétaires, donne lecture du procès-verbal de l'avant-dernière séance (n° 32) dont la rédaction est approuvée à l'unanimité.

M. Maccas demande la parole pour saisir la Conférence d'une proposition d'urgence.

Le terme, dit M. Maccas, des travaux de la Conférence approche. Pour achever sa tâche il ne lui reste qu'à aborder le quatrième groupe de son programme. M. Maccas estime qu'en procédant immédiatement à la nomination d'une Commission ayant pour but l'étude de la question formulée

dans le groupe dont il vient de parler, la Conférence gagnerait assez de temps, car elle pourrait recevoir le rapport de cette Commission immédiatement après la discussion du rapport de la deuxième Commission.

La proposition de M. Maccas donne lieu à une conversation entre plusieurs délégués à l'effet de s'entendre sur les points suivants :

1° Faut-il nommer une Commission spéciale, ou la Conférence doit-elle se constituer elle-même en Commission plénière pour étudier et résoudre la question posée dans le quatrième groupe sous la formule suivante :

« Quelle forme définitive la Conférence devra-t-elle donner aux résolutions qu'elle aura adoptées? »

2° En cas qu'une Commission soit nommée, devra-t-on attendre son rapport pour discuter sur le sens à donner à la question formulée dans le quatrième groupe du programme, ou convient il mieux d'en donner aujourd'hui même la définition et de tracer à la Commission le plan qu'elle doit suivre?

3° La Commission aura-t-elle pour tâche d'élaborer un acte officiel, un projet de convention, ou bien doit-elle se borner à rédiger un procès-verbal final, un résumé contenant le compte-rendu analytique des travaux de la Conférence ?

A la suite d'une discussion à laquelle prennent part MM. de Lallemand, Monlau, Stenersen, Kalergi, Keun, Segovia, Maccas, Fauvel, Goodeve, Bosi, de Soveral, Bykow, Bartoletti,

Il est décidé à l'unanimité :

1° De nommer immédiatement une Commission de 7 membres composée de Délégués diplomates et de Délégués médecins :

2° De donner pour tâche à cette Commission d'élaborer un *énoncé* « des » propositions principales et des conclusions contenues dans les rapports » adoptés par la Conférence. »

Cet énoncé sera précédé d'une courte introduction, et pour chaque proposition ainsi que pour chaque conclusion on indiquera le procès-verbal y relatif.

3° Cet énoncé ne contiendra aucun commentaire et sera signé par tous les Délégués, qui le soumettront à l'examen et à la sollicitude de leurs gouvernements respectifs.

Sur la proposition de S. Exc. le Président, sont nommés membres de la Commission.

MM. de Lallemand, Segovia, de Noidans, Goodeve, Bartoletti, Fauvel, Monlau.

La Conférence passe à l'ordre du jour, et M. le Président donne la parole à M. Fauvel pour la continuation de la lecture et de la discussion du rapport de la 3me Commission.

M. Fauvel lit depuis la page 51 jusqu'à page 55.

Mirza-Malcon-Khan demande la parole pour faire quelques observations ; non pas, dit-il, sur le fond du chapitre qu'il accepte et qu'il votera, mais sur quelques faits qui lui semblent exagérés et aussi sur quelques détails qu'il considère d'une application difficile et même impossible.

Les mesures de précautions proposées par la Commission pour rendre inoffensive la coutume du transport des cadavres sont excellentes, dit Mirza-Malcom-Khan, et, il y adhère pleinement, bien que, d'après lui, le rapport ait donné des proportions exagérées à ce transport. Malcon-Khan fait observer qu'on ne transporte pas tous les cadavres, il sait cela positivement pour l'avoir maintes fois constaté dans ses voyages.

Relativement à l'institution projetée d'un système sanitaire organisé sur le modèle de celui qui fonctionne à Constantinople, Mirza-Malcom-Khan estime que l'élément Européen n'est pas indispensable et que l'adoption d'une pareille institution pourrait rencontrer en Perse de grandes difficultés. Mais ces difficultés n'existeraient d'aucune manière si on se contentait pour le moment de l'élément médical indigène recruté parmi ceux qui ont fait leurs études en Europe. Avec le temps, ajoute-t-il, il serait, peut-être, aisé d'y introduire l'élément étranger.

A page 54, continue Mirza-Malcom-Khan, il est dit : si la Perse pouvait avec sécurité entretenir un médecin sanitaire à Hérat, nous lui conseillerions de le faire. Il n'y a aucun doute, d'après lui que la Perse peut parfaitement bien l'entretenir, et pour sûr, elle le fera, ce qui pense-t-il ne justifie nullement le doute exprimé dans ce passage, et faudrait donc le supprimer.

A la même page du rapport il est dit que le gouvernement Persan ferait bien de s'entendre avec l'Imam de Maskat pour organiser un système capable de défendre le pays contre l'importation par mer du choléra. Mirza-Malcom-Khan propose de supprimer ce passage. En d'autres circonstance, il a fait valoir dit il, les raisons qu'il pourrait alléguer pour appuyer ce qu'il vient de demander. Comme il n'entend pas y revenir il se

borne à dire que l'Imam de Maskat ne jouit d'aucune autonomie, qu'il n'exerce aucune domination sur le golfe Persique, et que la Perse peut agir indépendamment de lui, n'ayant nullement besoin de son concours.

M. Fauvel prie ceux qui voudraient prendre la parole sur l'Imam de Maskat ou sur le golfe Persique, et il a entendu dire que quelques Délégués se proposaient de le faire, de vouloir en cet endroit du rapport présenter leurs observations.

M. Millingen demande la parole:

Parmi les titres, dit-il, que la Commission de ce rapport a gagné à la reconnaissance de la Conférence, le principal, pour sûr est la modestie de son travail. Cette modestie éclate en plusieurs en droits du rapport, notamment lorsque la Commission avoue l'insuffisance des moyens qu'elle propose.

Dans la pensée de M. Millingen il faut tenir grand compte de cette réserve et on ne doit pas exiger de la Commission plus qu'elle n'a pu faire malgré son excellente volonté. Ainsi, dit M. Millingen, il y a dans le rapport des mesures excellentes, d'autres qui sont incomplètes ou d'une application impossible. Le grand intérêt de la question, fait il observer, porte sur le golfe Persique. Mais puisque la Conférence a jugé opportun de faire une mention spéciale de la Perse, la Commission de son côté aurait dû faire une étude spéciale des mesures à prendre pour préserver le littoral du golfe Persique, et elle n'aurait pas dû se borner à les recommander à la sollicitude de la Perse, de l'Imam de Mascat et du gouvernement Ottoman, et ajourner ainsi indéfiniment la solution d'une question aussi importante.

Il n'y a pas de contrées, continue M. Millingen, qui aient été, en dehors des Indes, plus souvent et plus cruellement éprouvées par le choléra que la Perse et la Mésopotamie. En effet depuis 1821 jusqu'à 1866 la fréquence des épidémies y a été telle qu'on s'est demandé si cette maladie n'y existait pas réellement en état d'endémicité. La Conférence, après de longues recherches, a acquis la certitude que cette fréquence était due, dans la majorité des cas, à un renouvellement incessant du germe cholérique moyennant les provenances des ports de Kourashi, Surat, Bombay, et que l'importation se faisait par le golfe Persique, surtout par les nombreux pèlerins Mahométans qui partis des foyers cholériques se rendent incessamment aux lieux et aux sanctuaires vénérés par les Schütes.

Or, si l'état actuel du golfe Persique, poursuit M. Millingen, mérite d'être pris en sérieuse considération, par rapport à la Perse et à la Mésopotamie ainsi qu'aux pays limitrophes, l'avenir qui lui est réservé intéresse trop directement l'Europe au point de vue sanitaire pour ne point s'en préoccuper d'avance. Une Commission, dit M. Millingen, déjà munie de l'autorisation du gouvernement Ottoman a entrepris de relier la Méditerranée au golfe Persique par un railway qui après avoir traversée la Syrie et suivi le cours de la vallée de l'Euphrate, doit aboutir à Bassora d'où des paquebots à vapeur transporteront marchandises et passagers au port de Bombay. Cette nouvelle route raccourcira de 1000 milles la distance entre les Indes et l'Angleterre, et, n'occupera que la moitié du temps qu'exige la voie d'Egypte, dix-huit jours environ. Lorsque, ajoute M. Millingen la canalisation de l'isthme de Suez aura été achevée, la voie par la vallée de l'Euphrate jouira d'une supériorité relative par rapport à celle de l'isthme de Suez, et sera égale à celle que la voie de Suez aura obtenu sur la route de Vasco de Gama par le cap de Bonne-Espérance.

A la suite de ces observations, M. Milligen se demande s'il ne serait pas plus convenable d'instituer à l'entrée même du golfe Persique,par exemple, sur les îles de Keshurch ou d'Ormus, devant lesquelles tout navire se rendant dans le golfe Persique doit passer, un établissement sanitaire où tous les navires entrant dans cette mer seraient soumis à un arraisonnement, et seraient aussi, s'il y avait nécessité, assujettis aux mesures quarantenaires nécessaires? En cas d'affirmative quel caractère devrait-on donner à cet établissement, et dans quels cas, par qui et comment ces mesures seraient appliquées?

M. Millingen prie l'honorable Conférence de vouloir prendre en sérieuse considération l'idée de l'institution dont il vient de parler, et qu'il soumet en forme de proposition.

Pour ce qui est de l'Imam de Maskat, M. Millingen croit que son intervention serait indispensable, et comme c'est lui seul qui a presque la clef du golfe Persique, une entente et un accord préalable entre l'Imam et le gouvernement Persan, seraient nécessaires pour l'installation d'un service sanitaire sur le littoral du golfe.

M. Gomez demande à faire quelques observations et quelques propositions sur le même sujet : L'étude, dit M. Gomez, qui a été faite au sein de la Conférence relativement à la marche du choléra et aux moyens qui

facilitent sa propagation, laisse parfaitement démontré que les grands déserts, les longs trajets par des chemins montagneux et peu praticables, les voyages par mer à long cours, peuvent opposer une barrière à la marche envahissante de la maladie, autant que ces conditions de route ne sont pas contrebalancées par d'autres circonstances capables d'annuler leurs effets, et faire malgré tout, que le choléra franchisse tous ces obstacles. De pareils obstacles auraient plus souvent arrêté le choléra dans sa marche à travers les continents de l'Asie et aussi par mer, en empêchant qu'il n'arrivât en Europe, si le fléau ne trouvait dans les caravanes, dans le pèlerinage surtout et par l'effet des grandes agglomérations qui en résultent, le moyen de concentrer le germe cholérique, de le confiner, de le maintenir assez pour que le temps et l'espace ne puissent le dissiper avant qu'il ne soit porté dans les régions les plus éloignées, où ces agglomérations arrivent. De là, poursuit M. Gomez, le besoin de les surveiller, de les suivre dans leurs parcours, d'exercer sur elles la plus rigoureuse police sanitaire. Le rapport en discussion en a fait connaître toute l'importance et a proposé là dessus un système de mesures qu'on a eu l'occasion d'apprécier. Dans ce système, fait observer M. Gomez, la mer Rouge, appelle une attention toute particulière et le pèlerinage de La Mecque en est la juste cause. Relativement à quelques-unes des mesures projetées pour empêcher l'entrée de la maladie, il n'y aurait que la difficulté de l'exécution. Mais le golfe Persique, selon M. Gomez, ne méritait pas moins de soins prévoyants : au contraire, il en exigeait davantage puisqu'il est plus près de l'Inde et dans un rapport plus suivi avec ses ports, et parce que c'est l'entrée principale et la plus facile de la maladie en Perse. En outre, il est, comme on l'a démontré, le point le plus exposé, étant une des premières étapes à travers laquelle le plus souvent le choléra sortant de l'Inde passe en Europe.

Pourquoi donc, se demande M. Gomez, ne pas organiser pour cette mer, surtout à l'entrée du golfe, un système de mesures semblables à celui qui est proposée pour la mer Rouge ? Au lieu d'un rocher presque inhabitable, comme l'est l'île de Périm, on trouverait à choisir entre l'île d'Ormus et les îles de Kischm et de Laredge, où les ressources ne font pas défaut, et, où on pourrait établir non-seulement des postes d'observation, mais aussi de vastes lazarets. Cela faisant, au lieu d'avoir à traiter avec des hordes barbares, avec lesquelles, pour le moment, il n'y aurait pas moyen d'es-

pérer des rapports pacifiques, (comme sont celles qui peuplent les côtes de l'Yemen et de l'Abyssinie) on aurait à le faire avec le gouvernement Persan et l'Imam de Maskat, avec lesquels il y a tout moyen de s'entendre. Ces contrées ne sont pas, il est vrai, dit M. Gomez, très-hospitaliers par rapport à la salubrité, mais les contrées correspondantes des côtes arabiques ne sont pas de beaucoup meilleures.

Tout ce que la marche du choléra nous a fait connaître, continue M. Gomez, et ce que nous avons appris sur les moyens de préservation à lui opposer, nous fait voir que c'est à l'entrée des deux golfes surtout qu'il faut le saisir, et c'est ce qu'on pourrait faire moyennant des postes d'observation et des lazarets, convenablement installés, et c'est le but que, selon M. Gomez, on devrait en outre atteindre, par la surveillance d'une croisière régulièrement faite à l'entrée de chaque golfe, ne fut-ce qu'à l'époque du pèlerinage seulement. M. Gomez est d'avis que les puissances maritimes s'accorderaient facilement pour organiser un pareil service, elles l'ont fait d'une manière pareille mais bien plus dispendieuse pour la traite des nègres. La traite du choléra, faite au moyen de bâtiments encombrés, entretenue par une spéculation avide que rien ne saurait excuser, est-elle de nature, se demande M. Gomez, à mériter moins d'attention de leur part? Ce ne serait pas le moindre service rendu par la Conférence que d'avoir signalé les causes de la propagation du choléra comprises dans cette catégorie, et aussi d'avoir appelé l'attention des gouvernements sur les moyens efficaces qui sont en leur pouvoir, pour opposer une barrière sûre à cette propagation.

M. Gomez propose donc :

1° Qu'un service sanitaire, semblable à celui proposé dans le rapport pour le golfe Arabique, soit institué dans le golfe Persique, surtout pour ce qui regarde l'entrée de chaque golfe.

2° Que ce service sanitaire ait pour auxiliaire dans les deux golfes, en temps de pèlerinage, des croisières qui veillent régulièrement à l'exécution de la police sanitaire à bord des bâtiments et à tout ce qui regarde les mesures de préservation contre le choléra dans les deux mers.

Ces deux propositions, dit M. Gomez, dont l'une est identique à celle de M. Millingen, il les avait déjà soumises à la Commission.

Mirza-Malcom-Khan se borne à faire observer à M. Millingen que son discours qui avait pour but principal l'établissement d'un service sanitaire

spécial à l'entrée du golfe Persique était tout au moins superflu, vu que les Délégués persans ont déjà promis au nom de leur gouvernement de le faire.

M. Sawas de son côté croit que la proposition de M. Millingen pourrait être utile comme mesure de précaution, si, toutefois, elle était admise par le gouvernement auquel appartient le territoire. Il fait cependant observer à M. Millingen, que sa proposition suppose des connaissances sur les îles de Keshmeh et d'Ormus, qu'on est loin de posséder, il faudrait donc, et avant tout entreprendre des études à ce sujet. M. Sawas n'est pas de l'avis de M. Millingen qui suppose que tout navire doit passer devant les îles qu'il a signalées. Cela n'étant pas, dit M. Sawas, il faudrait les forcer, par une force armée, à y passer pour l'arraisonnement. Les Délégués de Perse ne s'opposent pas, dit M. Sawas, à ce que des mesures efficaces soient prises dans le golfe Persique, mais il sont d'opinion qu'on n'est pas à même de se prononcer aussi nettement sur le golfe Persique qu'on l'a fait pour le golfe Arabique ; des études sont nécessaires, et tant qu'elles font défaut les propositions de M. Millingen et de M.Gomez ne peuvent pas être abordées et moins encore discutées en connaissance de cause.

M Millingen croit que MM. les Délégués Persans n'ont pas compris sa proposition : il a demandé s'il n'était pas possible de trouver dans le golfe Persique un endroit convenable pour l'établissement d'un service sanitaire. Cet endroit, d'après M. Millingen, existe et il l'a cité. Les connaissances qui font défaut à M. Sawas, d'après son dire, beaucoup d'autres personnes les possèdent. L'endroit par lui cité est parfaitement connu, grâce surtout aux cartes géographiques faites par les Anglais lors de l'expédition contre les pirates.

M. Gomez aussi soutient que les îles qu'il a mentionnées sont parfaitement connues, et, il peut en donner la description géographique et physique. C'est un pays, assure-t-il, bien connu, jadis repaire des pirates, qui aujourd'hui même le parcourent bien qu'en moindre nombre. Les bâtiments, peuvent, à l'entrée du golfe Persique, être surveillés tout aussi bien que dans le golfe Arabique, et même avec beaucoup plus d'avantages à cause des îles dont il est parsemé, îles très-habitables par des Arabes. Ces îles qui aujourd'hui sont au pouvoir de l'Imam de Maskat ont jadis appartenu à d'autres maîtres. Il y en a une qui n'est pas précisément à l'entrée du golfe Persique, laquelle conserve encore les restes d'un ancien

château, construit par les Portugais à l'époque où leur domination s'étendait jusqu'au golfe Persique. En établissant, dit M. Gomez, des postes sanitaires dans quelques-unes de ces îles qui peuvent parfaitement convenir à cela, on pourrait saisir le choléra au point où il est très-facile de le prendre, surtout en y établissant une croisière. Le service de cette croisière serait plus facile que la vigilance bien autrement étendue, qu'on est forcé de faire, par exemple, dans la traite des nègres dans les deux côtes d'Afrique (Orientale et Occidentale.)

M. Goodeve pense que la Commission a bien posé en principe de quelle nature doit être le service sanitaire qu'il importe d'établir dans le golfe Persique. C'est dans ce golfe, d'après M. Goodeve lui-même, qu'existe le danger le plus grand, et ce danger est plus sérieux que dans la mer Rouge où il y a peu de choléra sur les deux bords.

Il serait, dit M. Goodeve, plus facile peut-être de garantir par la voie de mer, mais il reconnaît qu'on ne pourrait pas faire cela d'une manière aussi efficace que la Commission le suppose. Lorsque le choléra, ajoute M. Goodeve, entre et par mer et par terre, comme cela a lieu dans le golfe Persique, les mesures de précaution maritime ne peuvent être ni assez efficaces ni suffisantes. Le choléra entre au golfe Persique par terre du côté Sud et Nord, donc, il serait indispensable, pour réussir à établir une barrière efficace, de prendre des mesures tant du côté de terre que du côté de mer. Cette circonstance, fait remarquer M. Goodeve, change complétement les conditions des deux golfes qui n'ont aucune ressemblance entre eux.

M. Fauvel avoue qu'il ne peut partager ni la confiance de M. Millingen ni l'enthousiasme de M. Gomez à propos du service sanitaire qu'ils proposent d'établir à l'entrée du golfe Persique. Ce n'est pas, selon M. Fauvel, aussi facile qu'ils le croient d'arrêter là le choléra, et c'est cette difficulté qui a décidé la Commission, laquelle d'ailleurs y avait pensé, à renoncer à tout projet de cette nature. M. Goodeve a très bien dit que le choléra peut arriver dans le golfe Persique par des navires mais que plus facilement et plus souvent il y entre en allant de côte à côte et de port à port jusqu'à Bend er-Abas. Dans ces côtes, dit M. Fauvel, le choléra existe presque en permanence et son importation est possible tout le long du littoral tout autant que par terre. Théoriquement parlant, continue M. Fauvel, on ne conteste pas l'utilité d'un établissement sanitaire à l'entrée

du golfe Persique ; mais pour que ce projet ne soit pas une utopie, il faut qu'on possède les moyens qui sont nécessaires pour le mettre à exécution. Ces moyens existent-ils? M. Fauvel pense que non : On était en droit de s'attendre à ce que M Millingen les fit connaître et les proposât, mais au lieu de donner les moyens d'exécution, M. Millingen renvoie à l'examen de la carte géographique, et pour les détails il se réfère à l'influence de l'Iman de Maskat, avec lequel il conseille de s'entendre sous peine de voir échouer l'exécution du projet. Donc, il faut ou son consentement ou sa dépossession, graves difficultés, fait observer M. Fauvel, que la Commission n'a pas jugé convenable d'aborder.

M. Millingen réplique que l'influence de l'Imam dans le golfe Persique est grande, que cette influence vient principalement de ce que l'Imam est l'allié de l'Angleterre depuis le temps qu'il a fait avec l'Angleterre la chasse des pirates. Des milliers de navires, dit M. Millingen, portent le pavillon de l'Imam, et ces navires font un commerce très suivi et très lucratif entre ces îles et les Indes. Ce commerce donne aussi une grande influence aux Anglais qui entretiennent dans ces parages deux résidants dont l'un réside à Maskat et l'autre à Bender-Abas. Donc, il serait facile d'obtenir, par l'entremise du gouvernement anglais le concours de l'Imam. M. Millingen dit en finissant qu'en cas d'acceptation de sa proposition, il s'engage à fournir à la Conférence tous les renseignements désirables.

M. Sawas opine que M. Millingen, au lieu de revenir à la charge pour soutenir des choses non prouvées, ferait bien de se désister de sa proposition. Ce qu'il avance, par rapport à l'Imam et à la Grande-Bretagne est de nature à l'engager un peu plus qu'il n'a le droit de le faire. M. Sawas pense que la question se réduit tout simplement à savoir si la proposition de M. Millingen et de M. Gomez est utile et si, en même temps, elle est d'une application possible. Les Délégués, dit M. Sawas, de France et de la Grande-Bretagne ont pleinement démontré que leur proposition n'est ni utile ni possible. Ainsi, d'après M. Sawas, la Conférence doit avoir compris l'inanité des promesses de M. Millingen. Une autre question, fait-il remarquer, est subordonnée à la première, c'est la question de la propriété territoriale. A qui appartient l'île de Kischmich ? La Perse, dit M. Sawas, vante des droits sur elle, et ses droits sont beaucoup plus fondés que ceux que d'autres puissances pourraient mettre en avant, le Portugal par exemple.

M. de Soveral fait observer que les droits de la Perse sur l'île de Kischmisch sont très contestables, tandis que les droits que le gouvernement Portugais pourrait alléguer sur l'île d'Ormuz reposent sur une longue domination, domination qui est attestée par le château encore existant que les Portugais y avaient construit.

M. Sawas demande à faire une observation concernant le conseil qu'on donne au gouvernement Persan pour l'exhumation et le transport des cadavres.

A page 54 du rapport, il est dit à l'avant-dernière ligne que le gouvernement Persan ne devrait permettre l'exhumation et le transport des cadavres que pendant les trois mois d'hiver.

M. Sawas déclare qu'une pareille mesure soulèverait de grandes difficultés et telles que le gouvernement Persan serait, peut-être,incapable de les surmonter.Il ne faut pas oublier,dit M.Sawas,que les trois mois d'hiver sont excessivement froids en Perse. M. Sawas dit en finissant que le gouvernement Persan étant prêt à accepter et à adopter toutes les mesures qui sont de nature à s'opposer à la propagation du choléra à travers le territoire persan, il importe de lui conseiller et de recommander des mesures praticables et non pas exiger de lui des choses impossibles.

M. Bartoletti, après avoir déclaré qu'il adhère au rapport, rappelle que l'époque principale du transport des cadavres arrive au mois de Moharem qui tantôt correspond à la saison d'été et tantôt en hiver, ce qui rendrait difficile et presque impossible la prescription qu'on voudrait faire suivre. Il y a un autre point relatif au transport des cadavres qui mérite, selon M. Bartoletti, de fixer l'attention de la Conférence. Le rapport pourrait, croit-il, compléter les garanties qu'il exige, en ajoutant, dans l'intérêt de la Perse, certaines autres précautions, ou formalités pour le transport des cadavres sur la frontière du côté du territoire Ottoman.

M. Fauvel, en réponse à M. Sawas, dit que la Commission n'a pas eu l'intention d'imposer au gouvernement Persan des mesures qu'il ne pourrait pas mettre à exécution. Le gouvernement Persan restant libre de les appliquer ou non la Commission s'est bornée à les lui recommander tant dans son intérêt que dans l'intérêt des populations.

Sur la demande des plusieurs Délégués, S. Exc. le Président met aux voix le 9^{me} article.

Il est adopté à l'unanimité. Mirza-Malcom-Khan et M. Sawas votent sous le bénéfice des réserves déjà faites.

La séance est levée à 4 h. 1/2.

Ordre du jour de la prochaine séance: — Suite de la discussion du rapport.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Dr NARANZI ; — Bon DE COLLONGUE.

Procès-verbal N° 51.

RECTIFICATIONS. — Page 8, 26me alinéa. Au lieu de deux passagers par tonneau, lisez: *deux passagers par trois tonneaux.*

N° 35.

SÉANCE DU 8 SEPTEMBRE 1866.

—

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent soixante-six, le 8 septembre, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa trente-cinquième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople;

Pour la Grèce :

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie.

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

Mirza-Malkom-Khan, aide-de-camp général de S M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur Sawas Efendi, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité à Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio Gomez, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. le B^on^ Testa, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur BYKOW, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. OLUF STENERSEN, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M le Docteur baron HÜBSCH ;

Pour la Turquie :

S. Exc. SALIH EFENDI, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur BARTOLETTI, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur SALEM BEY, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

La séance est ouverte à midi :

L'ordre du jour portant la continuation de la discussion du rapport de la 3me Commission, il est donné lecture de la section X, de ce rapport : *mesures à prendre à la frontière turco-persane.*

M. le Dr Sawas rend tout d'abord hommage à la bonne organisation du service sanitaire ottoman sur la frontière turco-persane : cette organisation qui est due à l'un des membres de la Conférence, M. le Dr Bartoletti, remontant toutefois à un certain nombre d'années, il se pourrait qu'il s'y fût produit depuis des lacunes de nature à nuire à l'efficacité du système. Sans parler d'ailleurs de l'efficacité de ce système, la manière dont il est appliqué serait sur certains points vexatoire pour les sujets persans. Le nombre des lazarets notamment serait insuffisant et sur les points où il en existe, ces lazarets ne répondraient pas toujours aux besoins du service non plus qu'aux exigences de la sécurité publique. Dans ces conditions et sans entrer maintenant dans plus de détails, M. le Dr Sawas propose à la Conférence d'émettre le vœu qu'une commission internationale soit nommée et envoyée sur les lieux pour y étudier les mesures à prendre

dans l'intérêt de la préservation des deux pays et aussi pour aviser aux moyens de rendre la quarantaine possible pour leurs sujets respectifs. M. le Dr Sawas croit que cette proposition se justifie d'autant plus que l'on ne saurait de ce côté songer à interrompre les communications, moyen dont la Commission admet la possibilité et auquel elle pense qu'on pourrait temporairement recourir dans certains cas.

M. le Dr Bartoletti fait remarquer que le service sanitaire de la frontière turco-persane n'avait pas été organisé particulièrement en vue du choléra, on ne songeait pas alors aux quarantaines de terre pour se préserver de cette maladie, et sous ce rapport, il peut donc être nécessaire de le compléter. Les offices sanitaires ayant été placés sur les grandes routes que les caravanes doivent suivre forcément en raison de la configuration du pays, il suffirait de renforcer sur certains points la surveillance, peut-être faudrait-il aussi créer quelques nouveaux postes, mais il n'y a aucun motif pour charger une commission internationale d'étudier à nouveau une question sur laquelle l'administration ottomane possède tous les renseignements nécessaires. Si l'utilité des quarantaines aux frontières de terre est admise par la Conférence, elle peut compter sur l'empressement du Gouvernement Impérial à compléter et à perfectionner un service qu'il a spontanément établi et qui tel qu'il est a déjà rendu d'incontestables services.

S. Exc. Salih Effendi parle dans le même sens.

M. le Dr Sawas regretterait que Messieurs les Délégués de Turquie pussent lui supposer l'intention d'attaquer l'administration sanitaire ottomane. Toutes les fois qu'il a eu des plaintes à formuler, il ne s'est pas adressé à la Conférence, mais au conseil supérieur de santé où il a l'honneur de siéger en qualité de Délégué de la Perse, et qui est seul compétent. S'il a tenu à s'abstenir de tout détail, c'est précisément qu'il a voulu éviter qu'aucun malentendu ne pût exister sur ses intentions.

M. le Dr Bykow croit superflue la nomination d'une commission internationale ; c'est au Gouvernement Impérial à nommer, s'il y a lieu, une commission spéciale pour compléter les données qu'il possède sur la question.

M. le Dr Gomez pense que l'adoption de la proposition de M. le Dr Sawas équivaudrait, quoi qu'on fasse, à une sorte de censure adressée au conseil supérieur de santé. La Conférence n'a d'autre mission que de poser des

règles, l'exécution ne la regarde pas ; tout au plus pourrait-elle exprimer le vœu que le Conseil de Santé prît sans retard les mesures nécessaires pour compléter le service déjà existant.

M. Fauvel appuie les observations présentées par M. le Dr Bartoletti. Tout le monde est d'accord que le service a besoin d'être perfectionné, qu'il y a des lacunes à combler, mais le conseil de santé possède tous les renseignements dont il a besoin pour le faire.

La majorité de la Conférence paraissant partager cette manière de voir, M. le Dr Sawas déclare ne pas insister. M. les Délégués de Perse restent toutefois convaincus et soutiennent qu'une commission intern tionale pourrait seule mener à bonne fin les études que comporte encore la question, si importante au point de vue de la préservation de l'Europe, des mesures de précaution à la frontière turco-persane. M. le Dr Sawas demande expressément que ce soit constaté au procès-verbal.

M. le Dr Millingen revient sur la proposition qu'il avait introduite à la précédente séance relativement à l'insuffisance des mesures destinées à empêcher l'importation du choléra par le golfe Persique. On ne peut nier, dit-il, que le golfe Persique ne soit une des routes les plus habituellement suivies par le choléra et cependant aucune mesure de précaution sérieuse n'est prise de ce côté. Après avoir rappelé qu'aucun médecin ne consent à résider à Bassorah à cause du climat, et s'être demandé si on peut compter davantage sur la surveillance exercée à Faô, localité presque déserte où il n'y a pas de port et où jamais un seul navire n'a passé, M. le Dr Millingen déclare qu'il considère comme un devoir d'appeler de nouveau l'attention de la Conférence sur cette grave question.

M. Bartoletti répond, en ce qui concerne Faô, que cette localité se trouve dans une excellente position pour surveiller les arrivages du golfe Persique, et que pour cette raison on y a même installé un bureau de douane. M. le Dr Bartoletti annonce que le Gouvernement Ottoman se propose d'envoyer un médecin à Faô pour compléter la surveillance sur ce point.

M. le Dr Millingen maintient l'exactitude des renseignements qu'il a donnés sur Faô, renseignements qu'il tient d'un employé de la station télégraphique établie sur ce point. Faô est situé à l'extrémité d'une plaine sablonneuse, il n'y a d'autres habitations que la station télégraphique et quelques cabanes ; enfin quoi qu'en dise M. le Dr Bartoletti, jamais on n'y voit passer des navires.

M. le Dr Gomez se joint à M. le Dr Millingen pour demander que sa proposition soit mise aux voix. Sans parler des longues discussions auxquelles a donné lieu la présence presque continuelle du choléra en Perse et la question de savoir si cette maladie y est ou non endémique, le chapitre du rapport de M. le Dr Fauvel qui vient d'être lu ne fait que rendre plus évidente la nécessité d'une surveillance rigoureuse. On a objecté qu'il serait difficile d'exercer cette surveillance à l'entrée du golfe Persique, la difficulté ne serait-elle pas plus grande encore au fond du golfe, et, de plus la surveillance pourrait-elle y être aussi efficace ?

M. le Dr Fauvel ne pense pas qu'il y ait lieu de revenir sur une question déjà longuement débattue, il ne serait pas moins superflu de reproduire les arguments qu'on a opposés à la dernière séance à la proposition de M. le Dr Millingen. Cette proposition ne s'appuie sur aucun renseignement positif et d'ailleurs, comme on l'a dit avec raison, en supposant même qu'il fût théoriquement possible d'établir un service sanitaire à l'entrée du golfe Persique, serait-on sûr d'avoir obtenu le but qu'on se proposait? Sait-on si le choléra ne passerait pas en dépit de la surveillance en suivant la côte par terre ? La Commission qui ne possédait aucune donnée d'aucun genre sur les localités situées à l'entrée du golfe Persique, a constaté la difficulté de se défendre de ce côté contre les invasions du choléra ; seulement plutôt que de se hasarder sur un terrain inconnu, elle a pensé qu'il serait au contraire préférable de reporter en arrière la ligne de défense en protégeant Bagdad du côté du Sud par des postes sanitaires appuyés sur la barrière qui forme le Tigre et l'Euphrate. Là au moins il existe un gouvernement auquel on peut s'adresser et sur le concours duquel on est assuré de pouvoir compter.

MM. les Drs Millingen et Gomez répondent que leur proposition est pour ainsi dire calquée sur celle de la Commission relative à l'institution d'un établissement sanitaire à l'entrée du golfe Arabique. Les difficultés que rencontrerait la création d'un pareil établissement ne seraient pas plus insurmontables à l'entrée du golfe Persique qu'à l'entrée de la mer Rouge. En tous cas et sans entrer dans les détails dont l'étude viendrait après, la Conférence pourrait bien se prononcer sur la question de la convenance.

M. Vernoni formule la proposition suivante : « La Conférence est d'avis « qu'il serait utile de nommer une commission composée de Délégués « Ottomans, Persans et de l'Imanat de Maskat pour étudier et concerter

« l'établissement d'un service sanitaire à l'entrée du golfe Persique et sur « le littoral du golfe même. »

M. le Prof. Bosi appuie cette proposition.

M. le Dr Mühlig propose de son côté que la question, qui lui paraît digne de la plus sérieuse attention de la Conférence, soit renvoyée à la Commission à laquelle on adjoindrait M. le Dr Millingen.

La proposition de M. le Dr Mühlig est mise aux voix et rejetée. — 21 votants ; Pour 3 (MM. les Drs Millingen, Gomez et Mühlig) contre 18.

Celle de M. Vernoni est également rejetée par 14 voix contre 5, — 2 abstentions.

La Conférence passe ensuite au vote sur la 10me section X du rapport qui est adoptée, — 15 voix — pour MM. les Drs Sotto, Monlau, Spadaro, M. le Cte de Lallemand, Drs Fauvel, Gomez, Dickson, Maccas, M. Vernoni, Prof. Bosi, Drs Mühlig, Bykow, M. le Bon Hübsch, S. Exc. Salih Effendi et Dr Bartoletti ; 0 contre, — 6 abstentions MM. Keun, Millingen, Mirza-Malcom-Khan, Sawas, Gomez, Stenersen.

Il est, après ce vote, donné lecture de la section XI, — *mesures contre l'importation du choléra par la Boukharie et les steppes de la Tartarie.*

M. le Dr Bykow prend la parole pour rectifier ou pour compléter sur quelques points les renseignements qu'il a fournis à M. le Dr Fauvel :

1° (page 60, 2me alinéa) Le chiffre de 400 werstes que la caravane a à parcourir pour traverser les espaces sablonneux de Kara-Kouhm, serait exagéré. D'après l'itinéraire publié par un statisticien distingué, M. Beloustine, qui s'appuie sur des documents dignes de foi, la distance ne serait pas de plus de 260 werstes dont 54 dépourvues d'eau.

2° (page 60, dernier alinéa) Lorsqu'il est parlé des *espaces déserts* que les caravanes de Boukhara doivent traverser pour atteindre le Ser-Daria, il faudrait ajouter *et accidentés.*

3° (page 62) Trois ou quatre caravanes venant de Khiva dont trois à destination d'Orembourg et une à destination de Mangaschlyk, d'où les marchandises se transportent à Astrakan par la mer Caspienne, traversent chaque année les steppes qui s'étendent entre la mer Caspienne et le lac d'Aral en passant par le côté Ouest de ce lac. Les caravanes d'Orenbourg sont plus considérables que celles de Mangaschlyk, on y compte plus de 2000 chameaux. La première caravane qui alla de Khiva à Orenbourg par cette route le fit en 1738 sous le règne de l'Impératrice Elisa-

beth. Le voyage qui se fait pendant les mois d'hiver, dure de 50 à 55 jours, la distance étant de 1360 werstes. Les caravanes préfèrent passer à l'Ouest du lac d'Aral parce que la neige y est moins abondante que de l'autre côté où l'on rencontre cependant plus de pâturages et de l'eau en abondance.

M. le Dr Bykow croit enfin devoir compléter les détails qu'on trouve dans le rapport sur les hordes Kirghises, en parlant d'un pèlerinage fort en honneur parmi celles qui dépendent de Khiva. Il s'agit du tombeau d'un saint très vénéré (Tok-mak-ata) qui passe pour un des protecteurs de cette ville et du fleuve Oxus. Les Kirghises Khiviens vont chaque année en grand nombre visiter ce tombeau qui se trouve dans une île du lac d'Aral rapprochée de la côte Méridionale ; le Khan lui-même ne manque jamais de s'y rendre accompagné de sa cour ; le pèlerinage qui commence en août, dure plusieurs semaines.

La section XI est mise aux voix et adoptée à l'unanimité (17 votants.) Lecture est donnée de la XII—*Mesures à prendre sur la frontière russo-persane.* M. le Dr Bykow signale une erreur dans le 1er alinéa, page 63 (avant-dernière ligne) il faut dire *Chekka* et non pas Cherka.

Le Dr Pélikan remercie la Commission de sa confiance dans le gouvernement russe pour l'organisation du service sanitaire sur ses frontières Asiatiques. La Conférence peut d'avance compter sur l'active coopération du Gouvernement Impérial aux mesures de préservation qu'elle aura recommandées.

La section XII est adoptée à l'unanimité, — 19 votants.

Le résumé dont il est ensuite donné lecture est voté et adopté à l'unanimité moins une voix, celle de M. le Dr Monlau qui s'abstient, trouvant ce vote inutile après l'adoption successive de toutes les parties du rapport.

M. le Dr Maccas ne doute pas que le rapport qui vient d'être discuté et qui lui paraît contenir presqu'à lui seul la solution entière du problème soumis aux investigations de la Conférence, ne reçoive l'approbation des hommes qui suivent de près ces graves questions, et aussi celle de tous les gouvernements représentés dans la Conférence. M. le Délégué de Grèce croit être l'interprête de tous ses collègues en proposant de voter des remerciments à la Commission à qui l'on doit ce travail qui ne peut manquer de faire le plus grand honneur à la Conférence et plus spécialement à son habile rapporteur, M. le Dr Fauvel.

La Conférence tout entière s'associe avec empressement aux félicitations que S. Exc. Salih Effendi adresse à M. le Dr Fauvel et à tous les membres de la Commission.

La Conférence s'est ensuite ajournée au jeudi 13 septembre pour commencer la discussion du rapport de la Commission chargée de l'examen du projet de réforme du tarif sanitaire ottoman.

La séance est levée à 4 h.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Bon DE COLLONGUE ; — Dr NARANZI.

N° 36.

SÉANCE DU 13 SEPTEMBRE 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 13 septembre, à midi, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa trente-sixième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. le Docteur SOTTO, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour la Belgique :

M. le comte de NOIDANS, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

M. le Docteur MONLAU, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur IGNACE SPADARO ;

Pour la France :

M. le comte de LALLEMAND, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur FAUVEL, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur GOODEVE, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. DICKSON, médecin de l'Ambassade de S. M B., délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople;

Pour la Grèce :

M KALERGI, secrétaire de la Légation de S M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. MACCAS, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes;

Pour l'Italie :

M. A. VERNONI, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie.

M. le professeur FRÉDERIC BOSI ;

Pour les Pays-Bas :

M. KEUN, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur MILLINGEN, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

M. le Docteur SAWAS EFENDI, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité à Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M le conseiller Docteur Bernardino Antonio GOMEZ, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. le B^{on} TESTA, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur MÜHLIG, médecin de la Légation de Prusse, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. Oluf Stenersen, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation à Constantinople ;

M le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

MM. les secrétaires donnent lecture des procès verbaux des trois dernières séances (n° 33, 34 et 35) qui sont adoptés à l'unanimité.

M. de Lallemand demande la parole (au nom de la Commission nommée *ad hoc* pour la réforme du tarif sanitaire en Turquie) dont il est le rapporteur, et dépose sur le bureau un rapport (annexe au procès-verbal n° 36) qui porte pour titre :

RAPPORT

SUR LE PROJET DE REFORME DU TARIF DES DROITS SANITAIRES

DANS LES PORTS OTTOMANS.

Fait par une Commission composée de MM. le Ch^{er} Pinto de Soveral, président ; B^{on} Testa, Stenersen, C^{te} de Lallemand, diplomates, et de MM. Bartoletti, Sawas et Spadaro, médecins.

M. de Lallemand exprime ses regrets de n'avoir pu avoir pour le distribuer le rapport en question que peu avant la séance. Pour ne pas faire attendre davantage, dit-il, l'honorable Conférence qui avait exprimé le désir de l'avoir aujourd'hui même, le rapport a dû être imprimé sans les conclusions. Ces conclusions cependant ressortent évidement du texte et il

en donnera lecture à la place qui leur convient au fur et à mesure qu'il lira le texte, si la Conférence juge à propos d'entrer immédiatement en discussion.

S. Exc. le Président consulte l'honorable Conférence à ce sujet

M. Vernoni déclare que les instructions que les Délégués d'Italie avaient reçues et qui les avaient empêchés de prendre part au vote alors que la majorité de la Conférence avait décidé de nommer une Commission pour étudier le projet de la réforme du tarif, n'ayant pas été depuis lors modifiées par son gouvernement, il s'abstiendra, lui et ses collègues, de prendre part tant à la discussion du rapport présenté par ladite Commission qu'à la votation qui pourrait s'en suivre.

M. Gomez de son côté démontre la nécessité d'ajourner la discussion pour donner à MM. les Délégués le temps d'étudier ce rapport. Une simple lecture, séance tenante, ne serait pas, selon lui, suffisante pour pouvoir se prononcer avec pleine connaissance de cause. Tel est du moins son avis. M. Gomez désire prendre part et à la discussion et au vote, mais après une étude préalable du rapport et si la Conférence n'admet pas l'ajournement qu'il demande il se verrait obligé de s'abstenir et de l'une et de l'autre. Son abstention est rendue d'autant plus nécessaire que M. le Ch^er^ Pinto de Soveral, son collègue, n'assiste pas à la séance. Il est probable qu'il ignore qu'aujourd'hui même on veut procéder à la discussion du rapport. M. Gomez croit que s'il l'avait su, il n'aurait pas manqué de se trouver présent à la discussion du rapport d'une Commission dont il faisait partie et qu'il avait même présidée. Toutefois, M. Gomez déclare en finissant qu'il n'entend entraver d'aucune manière la discussion.

M. de Lallemand rappelle que lui-même n'étant pas sûr que le rapport pût être imprimé et distribué quelques jours avant la séance d'aujourd'hui et dans la prévision d'objections de la nature de celles de M. Gomez, il avait demandé qu'on remît à samedi prochain la discussion du rapport qu'il vient de présenter. Mais malgré ses observations, la Conférence, en vue de gagner du temps, avait insisté pour que le rapport fût porté à l'ordre du jour de la séance d'aujourd'hui. C'est ce qui a été fait: il s'en suit donc qu'il faut procéder immédiatement à la discussion. On n'a pas pu, il est vrai, en faire la distribution un jour avant la séance, mais ce retard, pense M. de Lallemand, ne peut nullement justifier la demande de l'ajournement de la discussion. Le sujet est depuis longtemps connu,

et non seulement il a été débattu au sein de la Conférence, mais on a eu soin d'éclairer la question en reproduisant in extenso sur le même sujet (v. le procès-verbal, n° 10) le rapport du Conseil supérieur de Santé. Ainsi donc, conclut M. de Lallemand, l'étude préalable du rapport n'est pas indispensable, et il suffirait d'en donner lecture pour entrer immédiatement en discussion.

M. de Lallemand ajoute qu'il regrette l'absence de M. le Ch^er^ Pinto de Soveral, mais il n'ignorait pas qu'aujourd'hui on devait procéder à la discussion du rapport et il avait même promis d'y assister.

M. Fauvel s'exprime dans le même sens et ajoute qu'il suffit de parcourir le rapport pour rester convaincu que la question qu'on y traite est très-simple, n'étant qu'une question de principe et de moralité. La Commission a écarté, de propos délibéré, toute question de détail, et elle n'a fait qu'établir des généralités. M. Fauvel estime qu'il n'y a pas de raisons plausibles pour ajourner la discussion.

Une conversation s'engage entre MM. Stenersen, Maccas, Goodeve, Testa, Gomez, Monlau d'un côté, et MM. de Lallemand, Fauvel, Sawas, Bartoletti, Hübsch et Salem Bey de l'autre.

Les premiers veulent l'ajournement, les autres demandent la discussion immédiate.

M Stenersen recommande de laisser à chacun pleine liberté d'action. Dans l'intérêt de la discussion, dit-il, il faut que chacun reste libre de juger s'il est prêt ou non à discuter.

M. Maccas adresse à M. de Lallemand la prière de vouloir remettre, en cas que la Commission se décide pour l'ajournement, à une séance extraordinaire la discussion de son rapport ; la séance de samedi étant destinée au rapport de la deuxième Commission.

MM. Goodeve et Monlau appuient cette proposition.

M Sawas se range à l'avis de ceux qui demandent l'ajournement, mais il ne trouve pas nécessaire de faire pour cela une séance extraordinaire. Onn'a, dit-il, qu'à se réunir de meilleure heure samedi prochain pour discuter le rapport de M. de Lallemand. Ce rapport n'étant pas de nature à soulever une grande discussion, on pourra passer immédiatement après à la discussion du rapport de M. Bartoletti.

MM. Bartoletti, B^on^ Testa, de Hübsch et Salem Bey appuient la proposition de M. Sawas.

Sur la demande de plusieurs Délégués, M. le Président met aux voix la proposition de M. Sawas qui demande l'ajournement à samedi prochain.

Elle est acceptée à la majorité de 7 voix, contre 4 et une abstention — celle de M de Lallemand.

Ont voté pour: MM. Salih Effendi, Bartoletti, Stenersen, Testa, Gomez, Sawas, de Noidans.

Ont voté contre : MM. Mühlig, Fauvel, Spadaro, Monlau.

MM. les Délégués de la Grande Bretagne déclarent n'avoir pris aucune part ni à la discussion, ni au vote.

M. Maccas déclare qu'il manque tout à fait d'instructions et qu'il ne se considère pas autorisé à se prononcer ni pour — ni contre, ce qui l'oblige à s'abstenir complètement.

Plusieurs Délégués demandent qu'on donne lecture du rapport pour engager immédiatement la discussion à la prochaine séance.

S. Exc. après avoir consulté la Conférence, donne la parole à M. le C^{te} de Lallemand pour donner lecture de son rapport.

La lecture du rapport achevée M. le C^{te} de Lallemand lit les conclusions formelles qui, faute de temps, n'ont pu être imprimées à la fin du texte:

Ces conclusions sont les suivantes :

CONCLUSIONS.

En conséquence, Messieurs, et par les considérations exposées dans le rapport jointes à celles que nous nous réservons de présenter encore dans la discussion, s'il y a lieu, votre Commission estime :

1° Que le Gouvernement Ottoman a un droit incontestable à lever sur le commerce maritime avec le consentement des Puissances une taxe qui compense les frais de son service sanitaire portés à la somme très-modérée de quatre millions cinq-cent mille piastres ;

2° Que les évaluations qui ont servi de base à la fixation du droit de 26 paras par tonneau proposé dans le projet sont sincères ;

3° Que le droit lui-même de 26 paras par tonneau est le plus modéré qui se paye dans les ports des divers Etats, pour le service de santé.

4° Que la révision du tarif au bout de trois années d'exercice, révision proposée dans le projet du Conseil de Santé, est une garantie de plus contre toute erreur préjudiciable au commerce ;

5° Que l'administration des revenus du service sanitaire par le Conseil supérieur de Santé sous l'approbation et le contrôle du Gouvernement, telle qu'elle est définie dans le rapport de la Commission du Conseil, en date du 18 février 1865, est désirable, utile au service et profitable à l'autorité du Conseil ;

6° Sur les questions qui touchent à la répartition du droit entre les navires et entre les diverses sortes de navigation, la Commission croit devoir se borner aux observations contenues dans le rapport et s'abstenir pour le surplus.

La séance est levée à 3 h.

Ordre du jour de la prochaine séance :

1° Discussion du rapport de la Commission du tarif. (Lallemand rapp.)

2e Lecture et discussion du rapport de la 2me Commission. (Bartoletti rapporteur.)

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH .

Les Secrétaires,
Dr NARANZI ; — Bon DE COLLONGUE.

(ANNEXE AU PROCÈS VERBAL, N° 36)

RAPPORT

Sur le projet de réforme du Tarif des Droits Sanitaires dans les ports Ottomans.

Fait par une Commission composée de MM. le Ch^er^ Pinto de Soveral, *président ;* B^on^ Testa, Stenersen, C^te^ de Lallemand, *diplomates ;* et de MM. Bartoletti, Sawas et Spadaro, *médecins.*

M. le C^te^ de Lallemand, *Rapporteur.*

Messieurs,

En 1838, la Turquie instituait son service sanitaire et le faisait, il faut le reconnaître, autant en vue de rassurer l'Europe sur le danger de ses relations avec l'Empire Ottoman qu'en vue de se préserver elle-même. La fondation du service sanitaire est contemporaine du Traité de Commerce de 1830, et appartient au même ordre d'idées.

Le but a été atteint. Non seulement l'Europe a été rassurée et ses relations de toute sorte avec la Turquie ont pris un accroissement considérable, mais encore les populations de l'Empire ont été délivrées peu à peu du fléau de la peste, dont la disparition progressive, on ne saurait le nier, est due au moins en grande partie à l'action préservatrice des mesures sanitaires.

Le service de santé fut à ses débuts ce qu'il devait être en conséquence des idées généralement reçues alors, et pendant douze ou quinze années, il ne changea pas essentiellement. Son budget de recettes et de dépenses, annexe

naturelle de tout service public, avait été conçu en raison même de la nature du service qui était fondé principalement sur l'exécution des mesures restrictives, de la quarantaine en un mot. Mais vers 1850, les idées avaient changé sinon quant au but, au moins quant aux procédés d'un bon service sanitaire. La peste était vaincue et à peu près oubliée, ou du moins elle était reléguée tout à fait sur l'arrière-plan dans les préoccupations du public et des médecins. Le fléau, l'ennemi à combattre, avait changé de nom et de caractère, il s'appelait le choléra. Dans sa seconde et meutrière apparition en Europe, de 1847 à 1849, il avait révélé plus manifestement encore que la première fois son caractère voyageur et envahissant ; mais il n'avait pas révélé clairement encore, du moins pas aux yeux de tous les observateurs, son mode de propagation par transmission individuelle. C'est alors que fut réunie à Paris la Conférence Sanitaire Internetionale de 1851, avec mission de rechercher les bases d'un service sanitaire, à la fois efficace et autant que possible uniforme, contre les trois grandes épidémies que l'Orient, l'Inde, et enfin l'Amérique envoient ou ont envoyé périodiquement, à l'Europe, à diverses époques, la peste, le choléra, la fièvre jaune. La Turquie se fit représenter à ce congrès.

La Commission n'a point à apprécier les travaux de cette assemblée en eux-mêmes. Elle se borne à constater qu'ils furent le point de départ, du moins pour les Etats qui adoptèrent le projet de Convention qui en fut le fruit, d'une réforme dans le service sanitaire, et que cette réforme en appelait une correspondante dans le budget et les tarifs de ce service. Déjà depuis trois ou quatre ans l'insuffisance du tarif turc de 1838 s'était fait sentir à mesure que la santé publique s'améliorait dans toute l'étendue de l'Empire, la nécessité des mesures restrictives et des quarantaines avait diminué et leur exécution était devenue moins fréquente

Telle est, dit-on, la politique d'un état, telles sont ses finances. Tels sont et l'économie générale et les procédés d'exécution d'un service sanitaire, tel doit être son tarif et le mode de recouvrement de ses recettes. Le tarif de 1838 avait deux défauts qui le rendaient suranné et inapplicable dès 1852. Il était conçu principalement dans la supposition de la quarantaine qui était la règle lorsqu'il fut établi, et il distinguait les navires auxquels la taxe était applicable en plusieurs classes selon leur portée et leur jaugeage. Enfin, il était multiple, c'est-à-dire que les taxes étaient assises sur les divers actes et fonctions d'un navire qui se présente devant un office de santé, droit de patente, droits d'interrogation, de quarantaine, etc.

Ces défauts, au reste, étaient alors ceux de la plupart des administrations dans presque tous les états de l'Europe, notamment des administrations et des tarifs de poste. Mais en 1852, et même auparavant, l'uniformité des taxes avait été reconnue préférable à peu près partout, plus juste même et applicable à toutes les branches du service public. A la même date, la Conférence Sanitaire de Paris réduisit à peu de chose la part des quarantaines dans l'économie générale du service de santé comme moyen de préservation contre le choléra. La quarantaine, ainsi devenue rare et de courte durée, devenait en même temps et par la même raison le fait le moins imposable, le moins propre à être assujetti à une taxe quelconque. Ce qui restait comme fait commun à tous les services dans tous pays policés et à toutes les situations de santé possibles d'un navire, c'était l'obligation *de la reconnaissance, de l'arraisonnement* dans tous les ports où ce navire se présente. C'était là par conséquent l'acte sur lequel il convenait d'asseoir la taxe, puisque d'ailleurs les mesures de santé sont, sans contredit, une assurance commune et incessante de tous les pays qui tour à tour les exécutent ou les subissent, contre un péril commun à tous ; assurance dont les frais doivent par conséquent être faits en commun.

Ces considérations, nous le disons en passant pour n'y plus revenir, nous semblent justifier pleinement deux des principales dispositions du projet du nouveau tarif préparé par le Conseil supérieur de Santé de Constantinople, savoir : 1° l'uniformité de la taxe et sa proportionalité rigoureuse au tonnage des navires sans distinction de classe ; 2° son assiette établie sur un fait simple, universel et qui ne peut être l'objet d'aucune exemption, qui est la reconnaissance du navire à son entrée dans un port.

Quoi qu'il en soit, dès 1856, la Porte reconnaissait que grâce à la révolution qui s'était accomplie dans le service sanitaire, les recettes se trouvaient bien loin de couvrir les dépenses, et elle faisait une tentative pour mettre un terme à cet état de choses par une réforme dont le projet ne fut pas agréé par plusieurs des puissances intéressées auxquelles il fut proposé. Nous n'avons pas à nous occuper ici de ce projet, qui ne nous est pas connu, et nous devons croire qu'il était entaché de quelque grave défaut puisqu'il a été décidément abandonné. Mais il nous est permis de considérer ce qui se serait passé en pareil cas dans chacun des Etats, sans exception, qui sont en relations avec la Turquie et qui sont représentés à la Conférence. La puissance publique aurait déclaré la réforme et rendu le tarif exécutoire par un acte pur et simple de la souveraineté territoriale. Elle eût décrété, par exemple en Italie, un droit sanitaire de 80 centimes par tonneau

sur chaque navire (c'était l'ancien droit dans les ports italiens), ou bien de quarante centimes seulement, c'est la quotité actuelle. De cette façon, au lieu d'un déficit dans ses recettes elle eût obtenu une plus-value considérable de revenu sur la dépense, et se serait épargné un découvert de trente à quarante millions de piastres, qui est le chiffre approximatif du déficit du budget des services sanitaires de 1856 jusqu'à ce jour. Véritable avance que la Porte a faite aux nations Européennes qui trafiquent dans ses ports puisqu'elle a couvert seule les frais d'un service d'intérêt commun dont elle ne devait que sa part.

La Turquie, bien entendu, ne demande pas à rentrer dans cette avance. Mais au moment où la Conférence Sanitaire Internationale conseille solennellement des mesures de préservation inévitablement coûteuse et dont l'exécution sera pour une grande partie confiée au gouvernement Ottoman, elle croit le moment venu de renouveler les instances qu'elle a déjà faites l'année dernière pour obtenir le concours indispensable des puissances intéressées à l'application d'un tarif sanitaire qui soit à peu près rémunérateur, c'est-à-dire compensateur de la dépense. Nous disons *à peu près*, car il est douteux que les dépenses actuelles et les dépenses futures soient réellement couvertes, ou plutôt il est certain que le service laissera un déficit quelconque.

Privée par les capitulations et par le droit public qui régit ses relations avec les puissances chrétiennes, du droit de lever de sa propre autorité une taxe quelconque sur les étrangers, la Turquie s'adresse modestement, mais avec confiance, à l'équité des gouvernements et les prie de ne point abuser de leur positions vis-à-vis d'elle. Elle leur présente la note annuelle des frais et des recettes de son service de santé. En chiffres ronds les frais sont de quatre millions cinq cent mille piastres, les recettes d'un million. Entrerons-nous dans la discussion de ces chiffres?

Votre Commission pense, Messieurs, qu'ils doivent être admis sans discusssion. Toute tentative qui serait faite pour les débattre nous conduirait aussitôt dans des détails d'administration intérieure qui ne sont pas de notre compétence, non seulement aux termes du droit public ordinaire qui n'est pas toujours applicable à la Turquie, mais encore aux termes des traités les plus récents qui ont réglé les rapports de cet Etat avec les autres Etats de l'Europe. Au reste, ces éclaircisssements et ces détails auxquels nous jugeons à propos de nous attacher, MM. les délégués Ottomans ne nous les refusent pas. Il nous les offre, et nous ne pouvons qu'inviter à s'y reporter les personnes jalouses de s'éclairer mieux. Elles édifieront, je crois, beaucoup la Conférence si elles parviennent à

démontrer qu'un service de santé qui dessert une si prodigieuse étendue de frontières maritimes et continentales pourraient se faire à frais moindres et qu'il y a beaucoup de place soit pour l'économie, soit pour la malversation, dans un budget qui excède à peine un million de francs. Remarquez d'ailleurs, Messieurs, que le Conseil Supérieur de Santé a déjà fait un examen attentif de ces chiffres ainsi que du nombre de six millions de tonneaux auquel est évalué le total annuel de la navigation dans les ports de l'Empire Ottoman. Or, vous connaissez la composition du Conseil de Santé et vous savez quelles garanties d'indépendance et de lumière elle offre aux intérêts que le Conseil est chargé de traiter. L'admission des chiffres dont nous parlons par la Commission d'examen qu'il avait nommée, constitue donc par elle-même une forte présomption en faveur de leur sincérité. Cependant si la note de frais que présente le Gouvernement Ottoman s'offrait avec un caractère d'exagération visible, on concevrait l'opportunité de la contester peut-être. En est-il ainsi? Nullement et il n'est pas besoin d'un long effort pour s'en convaincre. Il suffit pour cela de se référer à cette vérité de sens commun qu'aucune dépense excessive ne peut être couverte par le produit d'une taxe modique. La taxe de 26 paras, ou 14 centimes, par tonneau est-elle modérée ou immodérée dans sa quotité, telle est donc la vraie question, c'est-à-dire, est-elle égale ou supérieure à celle qu'on lève pour le service de santé dans les ports des autres puissances? car en pareille matière la comparaison est la seule mesure possible du juste et du vrai. Comment les puissances qui lèvent un droit sanitaire double par exemple de celui que propose la Turquie pourraient-elles trouver excessif le droit simple?

Eh bien, Messieurs, le droit de 26 paras ou 14 cent. par tonneau de jauge est un peu plus faible que le plus faible de tous les droits qui se lèvent dans aucun des ports de la Méditerranée pour le service de santé. La France perçoit 15 centimes par tonneau dans ses ports; l'Italie en perçoit quarante. Le tarif sanitaire des ports autrichiens de l'Adriatique a été mis sous nos yeux, mais il est ancien, et à ce point compliqué qu'il ne nous a pas été possible d'en tirer un élément de comparaison exact et rigoureux. Il est certain toutefois que dans l'ensemble de ses taxations il est plus onéreux que la taxe uniforme de 14 centimes par tonneau que proposent la Porte et le Conseil de Santé de Constantinople.

Nous ne parlons ici que des ports de la Méditerranée et nous croyons que cela suffit. Mais nous n'excluons pas de notre comparaison les taxes de santé qui se lèvent dans les ports des autres mers, la taxe française notamment, qui

est la même au Hâvre qu'à Marseille. Nous affirmons que là comme partout il n'en est pas de plus modique que la taxe turque.

Mais, a dit l'un des membres de la Conférence, si cette taxe nouvelle ést modérée, il n'en est pas de même des autres charges qui grèvent la navigation en Turquie. Ces charges sont extrêmement onéreuses, elles sont accablantes, et si vous y ajoutez encore quelque chose vous arrêterez l'essor de la navigation. — Nous avons cherché, Messieurs, à nous rendre compte de cette assertion qui a bien surpris la plupart de ceux qui l'entendirent, et nous l'avons trouvée peu fondée.

Les droits de firman et d'ancrage dans le port de Constantinople n'excèdent pas ensemble 70 piastres turques, et ces taxes ne se payent pas dans les autres ports. Restent les droits de phare dont le tarif contient trop de détails complexes pour que nous puissions l'analyser ici. Il nous suffit de constater que ces droits ajoutés aux autres taxes déjà énoncées qui pèsent sur la navigation en Turquie, n'offrent qu'un total sensiblement inférieur à celui des autres charges imposéees aux navires dans les autres pays.

Si nous jetons ensuite un coup d'œil sur le tableau des droits de la navigation de toute sorte qui se payent dans les ports de la plupart des Etats maritimes de l'Europe, nous sommes frappés, à l'encontre de l'assertion qui a été produite, de l'élévation de ces taxes comparées à celles de la Turquie. Nous n'en citerons qu'un exemple au hasard, mais qui nous semble assez probant. L'ensemble des droits que paye un navire qui vient mouiller dans le port d'Amsterdam ne se monte pas à moins de 362 florins de Hollande, soit environ, à 760 francs, et le droit est double pour les navires venant de la Méditerranée. Il est vrai que dans cette somme se trouve compris, pour 175 francs environ, le péage des écluses qui est un péage particulier à la Hollande. Mais que l'on veuille bien faire le compte du surplus et le comparer avec la somme des droits que paye un navire en Turquie, puis on nous dira de quel côté est la modération. (Voir pour les renseignements Tecklenbourg, *Dictionnaire des armateurs, des compagnies d'assurances et des capitaines.*

Mais d'autres objections ont été faites qui touchent à la question de la répartition des frais du service sanitaire et nous ne pouvons pas nous dispenser d'examiner les principales. Nous laisserons de côté toutefois celle qui nous feraient pénétrer trop avant dans des questions de détails qu'il convient mieux, à notre avis, de laisser débattre directement et exclusivement entre la Porte et les parties intéressées

Voici la première de ces objections. Pourquoi doit-on imposer à la navigation seule tous les frais du service sanitaire qui ne se fait pas seulement aux frontières maritimes, mais qui comprend aussi la surveillance aux frontières de terre? ne serait-il pas juste de faire contribuer aux frais le commerce qui se fait par terre et d'imposer, par exemple, les marchandises qui circulent de Perse en Turquie par les caravanes?

Votre Commission pense, Messieurs, que cette objection, bien que spécieuse peut-être, ne mérite pas de vous arrêter. C'est surtout en matière d'impôt et de taxes que la poursuite de la justice absolue est périlleuse et mène ordinairement à des résultats bien différents de ceux qu'on se proposait. Ce qui est juste en fait de contribution, c'est ce qui est pratique. Dégrèverait-on véritablement la navigation en grevant le commerce par terre qui lui apporte les éléments de fret dont elle a besoin? Cela est douteux. Mais la taxe sur la circulation des marchandises par terre aurait de plus un inconvénient péremptoire, celui d'aller directement contre le but de l'institution du service sanitaire en faisant naître la pensée et la tentative de la contrebande. On éviterait la route fréquentée pour éviter le poste sanitaire et la taxe.

Une autre objection plus sérieuse a été faite contre une disposition du projet de réforme que nous apprécions, contre celle qui assujétit les navires à payer la taxe de 26 paras par tonneau dans chaque port où ils relâchent et où ils font une opération quelconque, même de peu d'importance. Cette clause serait peut-être dure et onéreuse pour les bâtiments qui trafiquent dans les ports de la Turquie, iraient de l'un à l'autre déposant une partie quelconque de leur cargaison, puis rechargeant et ainsi de suite. Nous ne savons si ce genre de navigation et de trafic est fréquent de la part des bâtiments à voiles; mais il ne nous paraît pas devoir être traité défavorablement et il le serait si ces bâtiments étaient assujétis au paiement de la taxe entière à chaque relâche. Votre Commission pense qu'il serait d'une meilleure justice distributive de ne leur imposer qu'un supplément de taxe proportionnel à l'importance de l'opération qu'ils auraient accomplie, ce qui serait possible en constatant sur la patente de santé la quotité de l'opération et celle du droit perçu. Votre Commission recommande cet amendement à l'attention de la Conférence.

Enfin, Messieurs, votre Commission a cherché à se rendre compte des motifs qui ont dicté une autre disposition importante de projet du tarif, celle qui a pour but d'exempter du paiement de la taxe le tonnage du navire à partir du chiffre

de 800 tonneaux. Elle n'a pu trouver même une apparence de justice à cette faveur extraordinaire accordée aux grands bâtiments. Toutefois la Porte et le Conseil de Santé ont eu sans doute leurs raisons propres et particulières pour inscrire cette clause dans le projet : nous n'avons pas à apprécier ces raisons.

Il resterait encore, Messieurs, à examiner la question, plus minutieuse et plus délicate que les précédentes, de la répartition de la taxe entre la navigation à voiles et la navigation à vapeur libre, et spécialement entre l'une et l'autre et la navigation à vapeur que j'appellerai officielle parce qu'elle est chargée d'un service public, du service de la poste. Mais ici, Messieurs, votre Commission juge plus à propos de s'arrêter et de ne pas entrer plus avant dans l'examen des détails de la question de répartition. Elle le fait en premier lieu, pourquoi le dissimulerions-nous? en vue de donner satisfaction aux scrupules de quelques-uns de nos collègues qui ont témoigné une grande répugnance à s'en occuper, et aussi parce qu'elle est persuadée qu'il est plus naturel d'en laisser la discussion aux parties directement et immédiatement intéressées à la répartition.

Votre Commission pense que sa résolution et la vôtre perdraient quelque chose de son autorité à embrasser des détails et des calculs qui sont plutôt une affaire de négociation diplomatique à terminer qu'un point de droit à fixer. Elle croit la Conférence compétente pour donner une consultation motivée, elle ne veut pas la faire dégénérer en une commission d'expertise. Nous espérons que la Conférence l'en approuvera.

Un mot seulement pour donner une idée de l'importance des charges qu'imposerait aux Compagnies de navigation le paiement des taxes établies dans le projet. A la suite d'un calcul approximatif sans doute, mais soigneusement établi, il a été prouvé que l'application de la taxe de 4 paras par tonneau à chaque relâche coûterait à la seule compagnie française des Messageries Impériales une somme de cent cinquante mille piastres environ pour une année. Est-ce trop, est-ce peu? Nous n'en voulons rien savoir par les motifs mêmes que nous avons exprimés plus haut. Nous énonçons ce chiffre à titre de simple renseignement.

En conséquence, Messieurs, et par les considérations exposées dans le Rapport jointes à celles que nous réservons de présenter encore dans la discussion, s'il y a lieu, votre Commission estime :

1° Que le gouvernement Ottoman a un droit incontestable à lever sur le commerce maritime avec le consentement des Puissances une taxe qui compense les frais de son

service sanitaire portée à la somme très-modérée de quatre millions cinq cent mille piastres ;

2° Que les évaluations qui ont servi de base à la fixation du droit de 26 paras par tonneau proposé dans le projet sont sincères ;

3° Que le droit lui-même de 26 paras par tonneau est le plus modéré qui se paye dans les ports des divers Etats pour le service de santé ;

4° Que la révision du tarif au bout de trois années d'exercice, révision proposée dans le projet du Conseil de Santé, est une garantie de plus contre toute erreur préjudiciable au commerce :

5° Que l'administration des revenus du service de Santé par le Conseil Supérieur sous l'appprobation et le contrôle du gouvernement, et telle qu'elle est définie dans le rapport de la Commission du Conseil de Santé en date du 18 février 1863, est désirable, utile au service et profitable à l'autorité du Conseil.

Sur les questions qui touchent à la répartition du droit entre les navires et entre les diverses sortes de navigation, la Commission croit devoir se borner aux observations contenues dans le Rapport et s'abstenir pour le surplus.

Péra, 8 septembre 1866.

Ch^er^ Pinto de Soveral, *président ;* B^on^ Testa,
Stenersen, D^r^ Bartoletti, D^r^ Sawas, D^r^ Spadaro,
A. de Lallemand, *rapporteur.*

N° 37.

SÉANCE DU 15 SEPTEMBRE 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 15 septembre, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa trente-septième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. VETSERA, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur SOTTO, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour la Belgique :

M. le comte de NOIDANS, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne;

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople;

Pour la Grèce :

M. Kalergi, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie.

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

M. le Docteur Sawas Efendi, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité à Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio Gomez, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. le B.n Testa, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation de Prusse, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. Oluf Stenersen, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation à Constantinople ;

M. le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

La séance est ouverte à midi.

Le procès-verbal de la 36e séance est lu par M. le Dr Naranzi et adopté.

La discussion est ouverte sur les conclusions du rapport relatif au projet de réforme du tarif des droits sanitaires dans les ports Ottomans.

L'adoption de la 1re de ces conclusions ne donne lieu à aucune observation.

Ont voté pour MM. Segovia, Dr Spadaro, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Kalergi (avec réserves) Dr Sawas, Cher Pinto de Soveral, Dr Gomez, Bon Testa, Dr Mühlig, Stenersen, Dr Bon Hübsch, S. Exc. Salih Effendi et Dr Bartoletti (14 voix.)

8 Abstentions, MM. le Dr Goodeve, Dr Dickson, Dr Maccas, Vernoni, Prof. Bosi, Keun, Dr Millingen, Dr Bykow.

M. le Dr Maccas déclare qu'il n'est ni pour ni contre le projet de réforme, mais n'ayant pas d'instructions pour traiter cette affaire, il ne croit pouvoir prendre part ni à la discussion ni aux votes.

MM. les Délégués de Russie font la même déclaration.

M. Vernoni déclare que ce n'est nullement l'intention des Délégués d'Italie de faire opposition ou de méconnaître le droit incontestable du Gouvernement Ottoman à lever sur le commerce maritime avec le consentement des puissances, une taxe qui compense les frais de son service sanitaire ; mais que le gouvernement royal, considérant que la question de l'examen du tarif sanitaire de l'Empire Ottoman n'est pas comprise dans le programme de la Conférence, et, en aucune façon, de sa compétence, a maintenu pour ce motif les instructions qu'il leur avait déjà données de s'abstenir de prendre part tant à la discussion qu'à la votation sur cette affaire.

M. Kalergi regretterait qu'on pût se méprendre sur la signification de l'attitude des Délégués de Grèce. M. le Dr Maccas ayant déjà fait connaître les motifs de son abstention, M. Kalergi expose qu'il se trouve, quant à lui, dans la même situation, que lorsque la Conférence a été saisie pour la première fois à la séance du 31 mai, de la question du tarif. Il prendra part à la discussion parce que, comme il l'a déjà déclaré, la proposition de MM. les Délégués de France lui paraît mériter d'être prise en considération par cela seul qu'elle émane des représentants du Gouvernement qui a pris l'initiative de la convocation de la Conférence, mais toutefois n'ayant pas reçu d'Athènes l'autorisation de traiter cette affaire, il tient à ce qu'il soit bien entendu que c'est là une opinion toute personnelle qu'il exprime et que sa manière de voir ne saurait en aucune façon engager son gouvernement.

M. Segovia propose de supprimer et de remplacer par un autre le mot *sincère* qui figure dans la seconde conclusion. Il n'est venu à l'esprit de personne qu'on pût mettre en doute l'entière bonne foi des évaluations qui ont servi de base à la fixation du droit de 26 paras; l'emploi du mot sincère pourrait faire supposer le contraire.

M. le Cte de Lallemand répond que le chiffre de 6,000,000 de tonneaux n'était pas de nature à être prouvé d'une manière authentique puisqu'il résulte de calculs approximatifs faits sur des données d'ailleurs suffisantes. C'est pourquoi la Commission et le rapporteur ont employé le mot *sincère* plutôt que le mot *authentique*.

M. le Dr Bartoletti explique que tous les chiffres cités dans le rapport du Conseil de Santé ont été pris dans les registres de l'administration

sanitaire. On a dressé des tableaux annuels du mouvement de la navigation tant à Constantinople que dans les autres ports de l'Empire, et on a pris la moyenne des trois dernières années. Une Commission spéciale avait été chargée de ce travail.

M. Kalergi ne pense pas que la Conférence doive se prononcer sur la quotité du droit à établir. C'est là une question à débattre entre les divers Gouvernements lorsqu'il s'agira de procéder à la rédaction de l'arrangement international dont les travaux de la Conférence doivent être la base.

M. le Dr Fauvel ayant fait partie de la Commission chargée par le Conseil supérieur de Santé d'étudier la question, croit utile d'entrer dans quelques explications au sujet des évaluations sur lesquelles s'appuie le droit de 26 paras. Pour arriver à couvrir, au moyen de cette taxe, les frais du service estimés à 4,50,000 piastres, chiffre qui n'a rien d'exagéré pour quiconque connait l'organisation du service sanitaire ottoman, on a évalué le jaugeage général de la navigation, non compris les bateaux-poste, à 6,000,000 de tonneaux en moyenne par an. Ce chiffre n'est pas celui qu'on trouve sur les tableaux de l'administration sanitaire d'après lesquels ce jaugeage serait de 7,758,555 tonneaux, mais il fallait tenir compte de ce que ces 7,758,555 tonneaux ne représentent pas une flotte de cette jauge, mais bien la somme des relâches de chaque navire à chaque escale, les droits sanitaires se payant, d'après le système actuel, chaque fois qu'un navire entre dans un port. Le droit de 26 paras inscrit au tarif projeté devant au contraire être payé une fois pour toutes à la première relâche et quel que soit le nombre des escales que le navire fasse ensuite, le Conseil de Santé a compris qu'il y avait là une cause d'inexactitude et pour cette raison il a alors déduit 1,758,555 tonneaux du total ci-dessous indiqué. M. le Dr Fauvel ne doute pas que cette déduction forcément approximative, ne soit trop faible, le tonnage payant devant certainement rester au dessous de 6,000,000 de tonneaux, mais une déduction plus forte aurait nécessité une augmentation du droit de 26 paras et pour une première expérience il fallait se tenir au-dessous plutôt qu'au dessus de la réalité. Après une expérience de 3 années et s'il est démontré que l'Administration continue à se trouver en déficit, on avisera aux moyens d'y remédier. Ainsi, dans l'opinion de M. le Dr Fauvel, la taxe de 26 paras, loin d'être exagérée, serait plutôt au dessous de celle nécessaire pour que les frais du service sanitaire ottoman ne dépassent pas les recettes.

M. le Dr Fauvel dit en terminant que les observations qui précèdent s'appliquent aussi aux paquebots-poste qui ne sont pas compris dans le total de 6,000,000 de tonneaux. On a évalué approximativement leur tonnage payant à 3,500,000 tonneaux, mais comme il a été dit dans le tableau annexé au rapport de la Commission du Conseil de Santé, ce chiffre n'est aussi considérable que par suite du grand nombre de relâches obligées de ces paquebots.

M. le Cte de Lallemand fait remarquer que les observations présentées par M. le Dr Fauvel viennent à l'appui de ce qu'il a dit pour justifier l'emploi du mot *sincère* et l'impossibilité de le remplacer par un autre qualificatif, tel par exemple qu'*authentique* ou *exact*. L'expérience seule peut démontrer si l'évaluation de dépenses ou de recettes, à venir, évaluation toujours plus ou moins aléatoire, est exacte ou authentique.

La seconde conclusion est mise aux voix et adoptée à la majorité de 13 voix contre 1 avec 9 abstentions.

Ont voté pour : MM. Segovia, Dr Spadaro, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Dr Sawas, Cer Pinto de Soveral, Dr Gomez, Bon Testa, Dr Mühlig, Stenersen, Dr Bon Hübsch, S. Exc. Salih Effendi et Dr Bartoletti.

Contre : M. Kalergi (avec réserves.)

Abstentions : MM. le Dr Sotto, Dr Goodeve, Dr Dickson, Dr Maccas, Vernoni, Keun, Dr Millingen, Dr Pelikan, Dr Bykow.

M. Segovia demande à la Commission si la 3e conclusion ne pourrait pas être rendue moins affirmative. Tout est relatif lorsqu'il s'agit de chiffres ; il faut tenir compte du plus ou moins de cherté du service dont il s'agit de couvrir les frais, et de ce qu'un droit est modéré dans tel ou tel pays, il ne s'en suit pas qu'il ne soit pas exagéré dans tel autre.

M. le Cher Pinto de Soveral et M. le Cte de Lallemand constatent que cette observation dont il ne contestent pas d'ailleurs la justesse, ne fait que démontrer une fois de plus la modération du droit proposé. Sans parler de la cherté de la vie en Turquie, l'étendue des frontières de l'Empire et la nécessité d'entretenir des médecins sanitaires sur celles de terre dans des contrées où peu de médecins consentent à résider, font que ce service est plus coûteux en Turquie que dans beaucoup d'autres pays.

M. le Dr Bartoletti ajoute, à l'appui de ce qui vient d'être dit, que la modicité de la solde allouée aux agents du service sanitaire est telle que la nécessité d'une augmentation devient chaque jour plus évidente. En dehors

des grandes villes où les médecins sont à même de se créer des ressources qui suppléent à l'insuffisance de leur traitement, l'administration sanitaire éprouve les plus grandes difficultés à trouver des médecins qui se contentent des conditions qui leur sont offertes. Pour ce qui est des employés subalternes, ils sont encore plus mal rétribués.

M. Segovia déclare qu'il n'a pas entendu contester la modération du droit proposé par la Commission : il n'insiste pas d'ailleurs sur son observation, il lui suffit qu'il en soit fait mention au procès-verbal.

M. le Dr Fauvel ne blâme pas la Commission d'avoir pensé qu'il valait mieux ne pas traiter la question de la répartition. Toutefois comme cette question est la pierre d'achoppement qui a empêché jusqu'à ce jour l'adoption non-seulement du nouveau projet de tarif, mais aussi de celui qui l'a précédé, M. le Dr Fauvel croit nécessaire d'expliquer, bien entendu à titre de renseignements seulement, les bases de la répartition proposée par le Conseil de Santé. A côté des navires à vapeur uniquement affectés au transport des marchandises ou même des passagers, il y a les paquebots qui sont en outre chargés du service de la poste. Les premiers, libres de leurs mouvements, peuvent partir quand bon leur semble et, point très-important, les escales étant toujours coûteuses, ne s'arrêter que là où leur intérêt les appelle : ils se trouvent en un mot, et à la vitesse près, dans les mêmes conditions que les navires à voiles et peuvent être dès lors assujétis aux mêmes droits. Les paquebots-poste, au contraire, sont tenus à des escales obligatoires, forcés de partir à jour et à heures fixes, que leur chargement soit ou non complet et même quels que soient les risques auxquels les expose l'état de la mer. La situation n'étant évidemment pas la même, on a calculé que si les paquebots-poste étaient soumis au même droit que les autres, ils paieraient, toute proportion gardée, six ou huit fois plus que ces derniers. M. le Dr Fauvel le prouve par l'exemple suivant : les paquebots-poste de la ligne de Constantinople à Trébizonde font, tant à l'aller qu'au retour, dix escales ; si à chaque escale ils devaient acquitter le droit de 26 paras, ce serait donc 260 paras par tonneau qu'ils devraient débourser. Or, un navire à voiles ou même à vapeur lorsqu'il n'est pas chargé du service postal, qui fait le même trajet, va le plus souvent directement et, selon le projet, ne paierait par conséquent le droit qu'une ou deux fois, en arrivant à Trébizonde et au retour à Constantinople s'il y fait des opérations commerciales, soit 52 paras au lieu de 260.

La nécessité d'un tarif à part destiné non pas à favoriser les paquebots-poste, mais uniquement à rétablir l'égalité entre eux et les autres navires, étant une fois admise, la Commission du Conseil de Santé est arrivée après bien des tâtonnements au droit de 4 paras qui lui a paru, appliqué aux paquebots-poste, être l'équivalent du droit de 26 paras. M. le Dr Fauvel répète que c'est tellement peu un tarif de faveur qu'il a donné lieu à des réclamations de la part de plusieurs des compagnies de navigation qu'il serait censé favoriser et que ce sont précisément ces réclamations qui ont contribué à faire échouer le projet.

M. Stenersen regrette que M. le Dr Fauvel ait soulevé une question que la Commission avait cru et avec raison devoir écarter. Désireux d'épargner le temps de la Conférence et ne voulant pas dès lors entamer une discussion sur ce sujet, M. Stenersen se borne à demander qu'il soit constaté au procès-verbal qu'il est d'un avis diamétralement opposé à celui de M. le Dr Fauvel.

M. le Cher Pinto de Soveral fait remarquer que les observations de M. le Dr Fauvel qui ne faisait pas partie de la Commission, ne doivent être considérées que comme de simples renseignements; c'est d'ailleurs, à ce titre que M. le Dr Fauvel les a lui-même présentées.

La 3me conclusion est mise aux voix et adoptée.—12 voix pour, celles de MM. le Dr Spadaro, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Dr Sawas, Cher Pinto de Soveral, Dr Gomez, Bon Testa, Dr Mühlig, Stenersen, Dr Bon Hübsch, Sr Exc. Salih Effendi et Dr Bartoletti. — Abstentions, MM. le Dr Sotto, Segovia, Dr Goodeve, Dr Dickson, Kalergi, Dr Maccas, Dr Salvatori, Dr Millingen, Pelikan, Dr Bykow.

L'adoption de la 4me conclusion ne donne lieu à aucune observation.

13 voix pour: celles de MM. Segovia, Dr Spadaro, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Dr Sawas, Cher Pinto de Soveral, Dr Gomez, Bon Testa, Dr Mühlig, Stenersen, Dr Bon Hübsch, S. Exc. Salih Effendi et Dr Bartoletti;

Abstentions: MM. le Dr Sotto, Dr Goodeve, Dr Dickson, Kalergi, Dr Maccas, Vernoni, Prof. Bosi, Dr Millingen, Dr Pelikan, Dr Bykow.

M. Kalergi est d'avis qu'il faudrait supprimer la 5me conclusion: cette conclusion qui lui paraît d'ailleurs inutile, se rapporte à des détails d'administration qui ne sont pas de la compétence de la Conférenceet dans lesquelles elle n'a pas le droit de s'immiscer. Enfin si on vote sur cette partie du projet de Tarif, pourquoi alors ne pas discuter aussi le projet tout entier?

M. le Dr Sawas et M. Stenersen objectent à M. Kalergi que toutes les conclusions du rapport s'enchaînent et que dès lors elles sont toutes au même titre et au même degré de la compétence de la Conférence.

M. le Dr Fauvel et M. le Cte de Lallemand ajoutent que la 5me conclusion se rapporte aux principes généraux qui sont la base du rapport du Conseil de Santé et que son adoption n'entraîne pas celle du projet de tarif. Il s'agit d'un simple vœu sur la meilleure direction à donner au produit des taxes perçues.

M. le Dr Bartoletti observe que la Conférence peut d'autant moins hésiter à exprimer un pareil vœu que le Gouvernement Impérial consent à laisser au Conseil de Santé l'administration des revenus du service sanitaire.

La 3me conclusion est mise aux voix et adoptée—13 voix pour—celles de MM. Segovia, Dr Spadaro, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Dr Sawas, Cher Pinto de Soveral, Dr Gomez, Bon Testa, Dr Mühlig, Stenersen, Dr Bon Hübsch, S. Exc. Salih Effendi et Dr Bartoletti. — Abstentions,— MM. le Dr Sotto, Dr Goodeve, Dr Dickson, Kalergi; Dr Maccas, Vernoni, Prof. Bosi, Keun, Dr Millingen, Dr Pelikan et Dr Bykow.

L'ensemble du rapport est ensuite mis aux voix et adopté—14 voix pour,—celles de MM. Segovia, Dr Monlau, Dr Spadaro, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Dr Sawas, Cher Pinto de Soveral, Dr Gomez, Bon Testa, Dr Mühlig, Stenersen, Dr Bon Hübsch, S. Exc. Salih Effendi et Dr Bartoletti. — Abstentions,—MM. le Dr Sotto, Dr Goodeve, Dr Dickson, Kalergi, Dr Maccas, Vernoni, Prof. Bosi, Keun, Dr Millingen, Dr Pelikan et Dr Bykow.

MM. les Délégués de la Grande Bretagne demandent qu'il soit constaté qu'ils sont restés étrangers aussi bien à la discussion qu'au vote pour tout ce qui a trait au projet de réforme du tarif sanitaire.

S. Exc. Salih Effendi, tant en sa qualité de Président de la Conférence que comme Délégué du Gouvernement Ottoman, remercie les membres de la Commission et spécialement M. le Cte de Lallemand.

M. le Bon Testa, après avoir exprimé son regret de voir les Délégués des Puissances les plus intéressées dans la question de la réforme du tarif sanitaire ottoman s'abstenir de prendre part à la discussion, propose que la Conférence émette le vœu que la Sublime Porte s'appuyant sur les votes de la Conférence, entame sans retard de nouvelles négociations dans le but d'activer la solution de cette importante affaire.

M. le Dr Sotto qui était absent au début de la séance, déclare que son abstention est la conséquence des instructions qu'il a reçues. Comme M. Vetsera l'a déjà fait connaître, le Gouvernement Impérial n'a pas pensé que la Conférence fût compétente en pareille matière.

MM. les Délégués d'Italie ne peuvent que se référer à la déclaration qu'ils ont faite au moment où l'on a ouvert la discussion.

M. le Dr Sawas appuie la proposition de M. le Bon Testa.

Cette proposition est adoptée à la majorité de 15 voix. Ont voté pour MM. le Dr Monlau, Dr Spadaro, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Kalergi, Dr Maccas, Dr Sawas, Cher Pinto de Soveral, Dr Gomez, Bon Testa, Dr Mühlig, Stenersen, Dr Bon Hübsch, S. Exc. Salih Effendi, Dr Bartoletti. — 9 Abstentions. MM. le Dr Sotto, Dr Goodeve, Dr Dickson, Vernoni, Bosi, Keun, Dr Millingen, Dr Pelikan et Dr Bykow.

La parole est donnée à M. le Dr Bartoletti, rapporteur de la 2me Commission du 3me groupe (*mesures quarantenaires*) qui donne lecture de la 1re section du chapitre 1er du rapport de cette Commission.

M. le Dr Mühlig croit qu'il y aurait lieu de modifier la conclusion de cette section, conclusion qui ne lui paraît pas répondre suffisamment à ce qui est dit dans le texte. L'expérience a prouvé que les quarantaines telles qu'on les pratiquait autrefois ne suffisaient pas à empêcher l'importation du choléra, que loin de là elles l'ont quelquefois favorisée; l'épreuve a donc été concluante. M. le Dr Mühlig propose de modifier ainsi qu'il suit la conclusion : « La Commission est d'avis que les enseignements à tirer de l'expérience de cette première époque des quarantaines *ne sont pas favorables au système généralement suivi jusqu'à ce jour.*

M. le Dr Monlau adresse la même critique à la conclusion : s'il est bien démontré par l'expérience qu'une quarantaine insuffisante comme durée ou mal faite est impuissante à arrêter le choléra, il ne l'est pas moins qu'une quarantaine rationnelle et bien appliquée constitue une garantie efficace.

M. le Dr Monlau reproche d'autre part au titre du rapport : *mesures quarantenaires applicables aux provenances cholériques* de ne pas être assez général. L'emploi du mot *provenances* semblerait indiquer qu'il n'y est question que des mesures applicables aux navires.

M. le Dr Sotto s'associe aux observations présentées par M. le Dr Mühlig.

M. le Dr Bartoletti répond que la seconde section du chapitre 1er explique

la conclusion de la première ; si l'application des mesures quarantenaires n'a pas toujours donné de bons résultats, il y a des cas où il n'en a pas été ainsi. On ne peut donc pas dire encore que l'épreuve ait été concluante Pour ce qui est du titre, le mot *provenances* s'applique aussi bien aux arrivages terrestres qu'aux arrivages maritimes.

M. le Dr Sawas ne s'oppose pas, quant à lui, à ce qu'il soit tenu compte des observations de M. le Dr Mühlig. Ces observations n'ayant rien de contraire à l'esprit du rapport et M. le Dr Mühlig admettant le texte de la section en discussion, la dissidence ne porte en somme que sur une question de forme.

M. le Dr Maccas fait observer que dans les sciences expérimentales une expérience ne mène pas toujours à une conclusion négative ou affirmative ; très-souvent il faut répéter l'expérience soit qu'elle ait été défectueuse, soit qu'on ait besoin de multiplier les expériences pour s'assurer du résultat observé. C'est, selon M. le Dr Maccas, ce qui est arrivé pour les quarantaines telles qu'on les appliquait à la première époque du choléra en Europe ; les résultats n'en étaient ni toujours, ni partout défavorables et de plus l'application en était toujours plus ou moins défectueuse. M. le Délégué de Grèce cite l'exemple de son pays où les quarantaines ont dès le début bien réussi, mais il se demande si on peut affirmer avec certitude que cet heureux résultat n'ait été dû qu'à elles seules, ce qu'on est cependant en droit de croire aujourd'hui que l'expérience s'est répétée plusieurs fois. La Commission ne pouvait entreprendre la description détaillée de tous les systèmes quarantenaires essayés jusqu'à ce jour dans les divers pays, travail qui aurait exigé un volume tout entier, elle devait plutôt chercher à tirer du passé des enseignements utiles soit pour, soit contre le système. Elle a cru s'approcher aussi près que possible de la vérité en déclarant que les premières expériences ne sont pas concluantes et la Conférence ne peut manquer d'être de cet avis.

M. le Cte de Lallemand demande si on ne concilierait pas toutes les opinions en complétant la conclusion de la manière suivante : « n'ont pas « une valeur concluante *ni pour, ni contre le principe des quarantaines.* »

M. le Dr Sawas fait remarqur que ce que M. le Dr Mühlig désirerait voir introduire dans la conclusion se trouve dans le texte.

M. le Dr Millingen constate, comme on l'a fait précédemment, que tout le monde est d'accord sur le fond et qu'il ne s'agit dès lors que d'une

question de forme. La phrase qui se trouve à la fin du 1er alinéa de la page 3 : « quel enseignement pourrait il en sortir si ce n'est l'inefficacité de pareils moyens à prévenir l'envahissement du choléra d'un pays malade à un pays sain, » est la meilleure réponse qu'on puisse faire à la question qu'il s'agissait de résoudre.

M. le président met successivement aux voix le texte de la 1re partie de la 1re section du rapport, l'amendement proposé par M. le Dr Mühlig et enfin la conclusion telle quelle de la Commission.

Le texte est adopté à l'unanimité.

L'amendement de M. le Dr Mühlig qui n'obtient que 5 voix contre 18 est rejeté. Ont voté pour : MM. le Dr Sotto, Dr Monlau, Keun, Bon Testa et Dr Mühlig ; contre : MM. Vetsera, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Dr Goodeve, Dr Dickson, Kalergi, Dr Maccas, Prof. Bosi, Salvatori, Dr Millingen, Dr Sawas, Dr Gomez, Dr Pelikan, Dr Bykow, Stenersen, Dr Bon Hübsch, Dr Bartoletti et Dr Salem Bey.

La conclusion telle quelle est adoptée à la majorité de 18 voix, contre 2 avec 3 abstentions.— Contre MM. le Bon Testa et Dr Mühlig. — Abstentions MM. le Dr Sotto, Dr Monlau et Keun.

Il est donné lecture de la 2me section du chapitre 1er, texte et conclusion.

M. le Dr Mühlig reproche à cette conclusion d'être, à l'encontre de la précédente, trop absolue. Sans nier le principe, il trouve que le rapport ne cite pas un assez grand nombre de faits pour que la Commission soit en droit d'affirmer qu'il est « incontestable que des quarantaines établies sur des bases rationnelles et conformes aux progrès de la science puissent servir de barrière efficace contre l'envahissement du choléra? il faudrait supprimer le mot *incontestable*.

M. le Dr Sawas demande au contraire le maintien du mot *incontestable*. Le principe exposé dans la conclusion est la base de l'œuvre de la Conférence. Tout ce qui aurait pour effet de rendre moins absolue l'affirmation de ce principe doit donc être repoussé. Il serait d'ailleurs facile d'ajouter de nombreux faits à ceux qu'on trouve dans le rapport.

M. le Dr Goodeve préfèrerait comme M. le Dr Mühlig que la conclusion fût rendue moins affirmative. Il est évident que des quarantaines établies sur des bases rationnelles et conformes aux indications de la science sont en théorie une garantie efficace, mais peut-on affirmer qu'il en soit de même des quarantaines telles qu'on peut les pratiquer dans la réalité ?

Le rapport citant l'exemple de ce qui s'est passé à New-York comme une preuve éclatante de trois importations avortées grâce à des mesures intelligentes de séquestration, M. le Dr Goodeve rappelle que le choléra a cependant fini par pénétrer aux Etats-Unis. Il se peut, il est vrai, que ce soit par une autre voie que New-York, mais enfin ce fait n'en perd pas moins, jusqu'à preuve du contraire, une partie de sa valeur et ce serait pour la Conférence une raison de plus de se montrer un peu moins catégorique.

M. le Dr Mühlig appuie ces observations. Il faut tenir compte de la grande différence qui existe entre la séquestration dans la théorie et dans la pratique.

M. le Dr Bartoletti fait remarquer que les faits à citer à l'appui de la conclusion ne manquent pas, on en trouve dans la suite du rapport et surtout dans l'aperçu historique. En ce qui concerne l'importation du choléra aux Etats-Unis, le fait postérieur n'affaiblit pas, selon M. le Dr Bartoletti, la valeur des faits antérieurs cités dans le rapport.

M. le Dr Fauvel qui se prononce pour le maintien du mot *incontestable*, fait remarquer que ce mot ne porte pas, comme MM. les Drs Muhlig et Goodeve semblent le croire, sur l'efficacité nécessaire des quarantaines, mais sur le mot *peuvent*. Tout le monde admettant certainement que des quarantaines bien faites peuvent constituer une garantie efficace, la conclusion n'a, comme on le voit, rien d'absolu, elle se borne à affirmer *la possibilité*, possibilité que personne ne nie.

M. le Prof. Bosi croit que les études de la Conférence ont surabondamment prouvé l'efficacité des mesures quarantenaires lorsqu'elles sont bien appliquées. Dans son opinion, s'il y avait un reproche à adresser à la conclusion, ce serait de n'admettre que la possibilité de cette efficacité, en un mot de ne pas être assez affirmative.

M. le Dr Muhlig n'insistant pas sur son observation, la 2me section du chapitre Ier est mise aux voix telle quelle (texte et conclusion) et adoptée à l'unanimité.

La séance est levée à 4 h. 1/2.

Le Président de la Conférence Sanitaire,

SALIH.

Les Secrétaires,

Bon DE COLLONGUE ; — Dr NARANZI.

(ANNEXE AU PROCÈS-VERBAL N°37)

RAPPORT

SUR LES MESURES QUARANTENAIRES

APPLICABLES AUX PROVENANCES CHOLÉRIQUES

Présenté par une Commission composée de S. EXC. SALIH EFFENDI président, MM. STENERSEN vice-président, le comte de NOIDANS, de SOVERAL, *diplomates*, et de MM. les Drs BARTOLETTI, DICKSON, Bon HUBSCH secrétaire, MACCAS, PELIKAN, SALVATORI et SAWAS, *médecins*,

Dr BARTOLETTI, *rapporteur*.

Messieurs,

Nous touchons à l'une des parties pratiques de notre tâche, à l'étude du régime de prophylaxie contre l'invasion du choléra asiatique. Dans le développement du travail que la Commission a l'honneur de vous présenter et qui comprend l'ensemble des mesures de quarantaine applicables aux provenances cholériques, elle s'est attachée à suivre, d'aussi près que possible, l'esprit et la lettre des principes adoptés par la Conférence sur la transmissibilité du choléra et son mode de propagation. En prenant pour guide les conclusions du *Rapport Général* et pour point de départ les questions du Programme, sauf quelques additions jugées nécessaires, la Commission croit s'être conformée aux vues de la Conférence.

Abstraction faite de la divergence d'opinion qui s'est produite sur quelques point débattus et que nous aurons soin de signaler dans le cours du Rapport, la plupart des conclusions ont été adoptées d'un commun accord par la Commission.

Parmi les questions qui nous sont échues en partage et qu'il est de notre devoir d'analyser et de résoudre, il y en a qui sont traitées par les Commissions des autres groupes. Nous ne croyons pas devoir nous y appesantir. Nous nous contenterons seulement de les effleurer autant qu'il nous paraîtra nécessaire pour compléter l'ordre des mesures en général, le but à atteindre étant, selon nous, d'élucider le sujet sans encombrer de matériaux les discussions de la Conférence.

Ceci posé, nous divisons notre travail en cinq parties ou chapitres dans lesquels nous traitons successivement les questions des mesures restrictives en général, des cordons sanitaires et de l'isolement, des établissements quarantenaires ou lazarets, du régime applicable aux provenances cholériques et de la désinfection, et enfin de la Patente sanitaire et de l'arraisonnement.

CHAPITRE Ier

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA QUESTION DES MESURES RESTRICTIVES.

—

I.

Quels sont les enseignements de l'expérience relativement aux systèmes quarantenaires jusqu'ici en vigueur contre le choléra ? — Pourrait-on espérer plus de succès de quarantaines établies sur d'autres bases ? — Quels sont les principes fondamentaux découlant de l'expérience qui doivent servir de guide dans cette question ?

Il fut un temps, qui n'est pas bien éloigné de nos jours, où les opinions, sur la transmission du choléra, étaient diversement partagées dans la science. Des hommes spéciaux d'un grand mérite, des corps académiques et, à leur suite, des gouvernements éclairés s'attachaient à l'idée que le choléra se transmet par l'air à de grandes distances et sans le concours d'hommes malades ou d'objets contaminés. C'était l'opinion la plus répandue, la plus accréditée. D'un autre côté, une grande fraction d'hommes savants, professant une doctrine opposée, celle de la

transmission du choléra par l'homme, cherchaient en vain à la faire prévaloir, parce que, imbus la plupart de principes d'un contagionisme absolu, ils faisaient tous leurs efforts pour ressusciter d'anciennes pratiques tombées en désuétude et que l'on appliquait autrefois contre la peste. L'un et l'autre de ces deux systèmes pêchaient évidemment par certaines côtés L'expérience n'ayant pas encore suffisamment prononcé et les deux camps se faisant des concessions mutuelles pour satisfaire aux exigences de l'époque, il en sortit une transaction, consacrée en quelque sorte par l'acte de la Conférence de 1852, qui n'était en réalité ni une quarantaine bien sérieuse, ni la libre pratique pure et simple. Aucune lumière ne devait jaillir d'un pareil système sur une question si obscure et si difficile à résoudre. En effet que pouvait-on attendre d'une quarantaine de trois à cinq jours, y compris le plus souvent la traversée des navires, sans tenir compte ni de la durée de l'incubation, ni de la diarrhée prémonitoire, ni des effets contaminés et des linges souillés par les déjections, conditions toutes qui déterminent aujourd'hui les lois de la transmission du choléra? Il en est de même de la plupart des lazarets ; ces établissements, sis sur des terrains mal choisis, accolés aux villes, construits à la manière de casernes ou de prisons, souvent encombrés, à l'air confiné et malsain, étaient, en général, plus aptes à communiquer le choléra aux populations voisines qu'à les préserver de ses atteintes. Nous pouvons citer, comme exemple, les lazarets de Beyrouth, des Dardanelles, d'Ancône et bien d'autres. Quel enseignement pouvait-il en sortir si ce n'est l'inefficacité de pareils moyens à prévenir l'envahissement du choléra d'un pays malade à un pays sain?

Il est vrai que dès la première apparition du choléra, en 1830, des quarantaines sévères ont été établies, des cordons sanitaires organisés sur une vaste échelle, en Russie, en Prusse et ailleurs dans l'Europe centrale, pour conjurer l'épidémie ; mais ces mesures entreprises au milieu de populations serrées et avec des connaissances inexactes de la maladie à laquelle on avait affaire, n'ont abouti qu'à des mécomptes, à des résultats négatifs. Il est même probable que les cordons ont contribué à disséminer le mal contre lequel ils étaient destinés à agir. La Suède a fait, de 1847 à 1850, un essai encore plus soutenu que les autres états du nord de l'Europe en vue de se préserver ; mais cette fois encore le choléra a franchi ces barrières élevées au prix de très-grands sacrifices.

De tels systèmes, impuissants à arrêter le choléra dans sa marche envahissante, ont discrédité les quarantaines aux yeux d'un grand nombre de peuples civilisés et ont fait croire pendant longtemps à la diffusion du choléra par l'air et à l'inutilité des mesures restrictives. Nous en appelons, à propos de ces quarantaines, à

l'opinion d'un auteur renommé en matière de choléra : « Il est injuste, dit Griesinger, de tirer une conclusion de l'expérience de ces premiers essais, car souvent la séquestration et l'isolement n'étaient appliqués, en ce temps, que quand la maladie avait été introduite dans le pays ou lorsque déjà les prodromse et la diarrhée s'y étaient manifestés. » Ne pourrait-on pas ajouter à ces paroles du savant allemand que les hommes formant les cordons ont été les premiers atteints et, comme cela s'est vu maintes fois depuis, ont servi de véhicule au mal qu'ils ont propagé plus loin ? N'est-ce pas ainsi que, dans un fait récent, les militaires préposés à la garde extérieure du lazaret des Dardanelles ont communiqué le choléra à la population de la ville ?

La Commission est, par conséquent, d'avis *que les enseignements à tirer de l'expérience de cette première époque des quarantaines n'ont pas une valeur concluante.*

Parmi les essais qui ont été faits, il en est cependant dont le succès a été réel. Avant d'en venir à l'épidémie de 1865 qui offre de nombreux exemples de préservation par les quarantaines, nous citerons le fait de Mecklenbourg, en 1859, qui fait dire à Niemayer, que la conviction générale formée du temps des premières épidémies de choléra sur l'insuffisance des quarantaines à préserver un pays, est une opinion tout à fait *erronée*. Mais c'est surtout la Grèce qui a tiré parti d'un régime de quarantaine très-sévère. Par une séquestration complète des provenances cholériques sur des îles inhabitées, ce pays a échappé à toutes les épidémies qui ont successivement ravagé l'Europe depuis 1831. Une seule fois la Grèce, dont la configuration particulière lui permet de s'isoler complètement, a été envahie par le fléau, et elle le doit à des circonstances exceptionnelles qui l'ont empêchée de s'imposer son régime accoutumé de rigueur. C'est en 1854, lors de l'occupation du Pirée par des forces étrangères.

Mais c'est dans l'épidémie de 1865 que nous trouvons des preuves aussi nombreuses que concluantes de l'action efficace des quarantaines. En Grèce, douze fois le choléra est importé, dans l'espace de deux mois, aux lazarets de Délos et de Skiathos et il y est étouffé. La Crète obtient le même succès deux fois, en un mois, par une séquestration sévère sur deux îlots. Volo s'en est préservé, moyennant une quarantaine établie sur une île déserte où le choléra importé deux fois, a sévi parmi les quarantenaires. New-York donne la preuve éclatante de trois importations avortées, grâces à des mesures intelligentes de séquestration. Nous pourrions multiplier les exemples, mais nous nous arrêtons, car on les trouve en grand nombre dans l'aperçu historique de l'épidémie présenté à la Conférence.

La Commission conclut, d'après ces faits, *qu'il est incontestable que des quarantaines établies sur des bases rationnelles et conformes aux progrès de la science peuvent servir de barrière efficace contre l'envahissement du choléra.*

Mais quelles sont les bases sur lesquelles devrait reposer l'édifice d'un nouveau système de prophylaxie? C'est dans l'expérience des diverses épidémies et plus particulièrement dans celle de 1865 que nous devons en chercher les points d'appui ainsi que dans les conclusions adoptées par la Conférence sur la question de la transmissibilité. Le choléra, a dit la Conférence, se transmet par l'homme malade, par les déjections des cholériques, par les effets contaminés, par les linges souillés ; son principal véhicule est l'air ambiant. La durée de l'incubation, a-t-elle dit encore, ne dépasse guère quelques jours, 7 au plus, et la diarrhée cholérique est d'une très-courte durée. Nous nous serions contentés d'indiquer seulement ici ces principes qui constituent la pierre angulaire du système que nous allons proposer dans des chapitres séparés, mais nous croyons utile de les opposer au préalable à certaines objections qui ont été soulevées non pas par les adversaires de la transmissibilité, mais par ses défenseurs les plus judicieux.

En effet, la transmissibilité du choléra n'est plus contestée aujourd'hui que par une faible minorité, dont nous n'avons pas à nous occuper ici. Mais il n'en est pas de même de l'action efficace des mesures restrictives pour en arrêter la propagation. A ce point de vue, nous nous trouvons en face d'adversaires d'une grande autorité avec lesquels il nous faut compter. La Commission Bavaroise s'exprime ainsi dans une des conclusions de son rapport sur le choléra de 1854: « Les mesures qui ont pour but de prévenir l'importation du choléra dans un pays qui en est encore indemne, ou d'en arrêter l'extension dans une localité atteinte, au moyen de l'interruption des communications et de la séquestration, sont inefficaces, inexécutables, nuisibles. » Griesinger dit, à son tour, que « les cordons militaires pour isoler tout un pays sont illusoires ; que la diarrhée cholérique, par laquelle s'opère en général l'importation, ne peut pas être prévenue par des mesures restrictives ; que la durée de l'incubation est quelquefois longue ; que probablement l'Europe ne se mettra jamais d'accord pour prendre des mesures égales partout ; qu'enfin, les grands intérêts du commerce amèneront toujours les populations à éluder les restrictions qu'on leur imposerait, et que par suite les quarantaines, même des ports de mer, sont d'une utilité fort médiocre. »

Ce sont là, comme on le voit, deux ordres d'objections de nature très différente: les unes sont directes et touchent à l'essence même de la question, car elles

s'appuient sur la longueur de l'incubation et sur la diarrhée cholérique; les autres, indirectes et secondaires, se rapportent à l'inefficacité des cordons, au désaccord des gouvernements, aux intérêts du commerce. Sans trop nous y arrêter, nous en appelons, quant au premier point, au principe de la courte durée de l'incubation, et à l'exclusion de ces faits exceptionnellement rares d'une incubation prolongée, faits complexes et par conséquent d'une valeur très-contestable. *(Chap. XIII du Rap. Général)*. Nous trouvons, en effet, plus sage de nous attacher aux résultats d'une observation constante et générale que de nous appuyer sur quelques faits rares et incertains. Nous pouvons en dire autant de la diarrhée cholérique qui, selon l'opinion de la Conférence, est aussi d'une courte durée et ne dépasse pas quelques jours. Négligée autrefois au point de vue des mesures restrictives, la diarrhée cholérique dite prémonitoire sera, dans le nouvel ordre des choses, aussi attentivement surveillée, et, au besoin, soumise au même régime que la maladie elle-même dont elle n'est, en fait, que la première manifestation.

Sans en dire davantage, car nous devons revenir sur ces questions, passons aux objections de second ordre. Nous avons déjà émis notre opinion sur l'inefficacité des cordons militaires tels qu'on les pratiquait autrefois. Nous convenons qu'aujourd'hui encore ces cordons ne sauraient offrir des garanties sérieuses s'ils étaient appliqués sur une grande étendue, dans des contrées de l'Europe centrale où les populations sont si serrées, les communications si multiples et si variées ; mais nous croyons que dans des conditions opposées, en Orient, par exemple, et vers les frontières asiatiques de l'Europe, les cordons sont non seulement possibles mais nécessaires, comme nous le verrons tout à l'heure.

Une autre objection en vérité plus apparente que fondée, est celle des entraves apportées au commerce par les quarantaines. Sans doute, les quarantaines ne sont pas faites pour accélérer les transactions, et le commerce a quelque chose à y perdre. Mais la question n'est pas là. Elle est tout entière dans les termes de l'article 20 du programme : *Si l'on pèse d'un côté les inconvénients qui résultent pour le commerce et pour les relations internationales des mesures restrictives, et, de l'autre, la perturbation qui frappe l'industrie et les transactions commerciales à la suite d'une invasion du choléra, de quel côté croit-on que pencherait la balance?* Cette question importante étant traitée par une autre commission, nous n'entreprendrons pas d'en répéter les arguments ; mais nous ferons observer d'une manière générale que la balance est toute en faveur des quarantaines, et en voici sommairement les raisons principales :

Les pertes que ferait supporter aux intérêts matériels des peuples le régime restrictif des quarantaines ont été singulièrement exagérées. On a dit que le commerce serait complètement ruiné, que l'industrie serait anéantie, le travail suspendu au préjudice des masses et que des maux beaucoup plus graves que ceux résultant d'une épidémie de choléra, pèseraient sur les populations. Toutes ces assertions sont vagues et ne reposent sur aucun fondement. Au contraire, les données recueillies par la commission du troisième groupe prouvent que la balance est toute en faveur du système des quarantaines.

Nous convenons que si les quarantaines devaient être faites d'après les errements du passé, si, sans tenir compte des enseignements de l'expérience, on allait refaire ces cordons permanents et ces lazarets du moyen-âge qui séparaient systématiquement l'Orient de l'Occident, nous convenons, disons-nous, que les quarantaines appliquées de la sorte à tous les pays porteraient une grave atteinte aux intérêts du monde entier. Il est même probable que les adversaires les plus sensés des quarantaines ne le sont, en effet, que par la crainte d'un pareil retour en arrière. Mais nullement ! Le régime que nous proposons est basé sur des données déterminées par la science et qui excluent cette routine aveugle et à jamais condamnée.

Les bases de ce régime découlent du programme. On peut en diviser l'ensemble en deux séries de mesures : premièrement, trouver les moyens de prévenir l'importation du choléra du côté de l'Inde ; l'isoler dans le Hedjaz lorsqu'il s'y développe à la suite du pèlerinage ; prendre des mesures spéciales lorsqu'il apparaît en Egypte ; interdire l'émigration des lieux contaminés ; interrompre les communications entre un lieu infecté et les pays environnants ; en un mot, faire en sorte que les mesures restrictives soient appliquées aussi près que possible des foyers primitifs et initiaux de l'épidémie. Secondement, établir des lazarets dans un isolement complet ; déterminer la durée de la quarantaine d'après la durée de l'incubation de la maladie et sans perdre de vue la diarrhée prémonitoire ; soumettre les navires, les hardes et les linges à la désinfection par le lavage, l'aération et les procédés chimiques réputés les plus efficaces ; sauf dans des cas exceptionnels, livrer la marchandise au commerce sans purification ; tenir compte aux navires de la durée de la traversée moyennant une série de mesures applicables au départ et pendant le voyage, afin d'abréger, dans une limite compatible avec la sécurité publique, l'épreuve de la quarantaine à l'arrivée. En d'autres termes, les bases du nouveau système de prophylaxie consisteraient, suivant la Commission: *1° à combattre les germes de la maladie dans ses foyers primitifs, avant qu'ils ne se dissémi-*

nent et ne se propagent au dehors ; 2° à établir des quarantaines en accord avec les principes aujourd'hui admis sur la transmissibilité du choléra et son mode de propagation.

Il est évident, d'après cet exposé, que les charges du commerce et les pertes que l'industrie supporterait par le fait, des mesures restrictives sont infiniment moindres si on les compare aux effets ruineux de l'émigration, du chômage et de la stagnation absolue des affaires, qui sont inséparables d'une grande épidémie, ainsi que Alexandrie, Marseille et Constantinople nous en ont donné en 1865 l'affligeant spectacle. Nous n'irons pas plus loin dans ces généralités. Nous constatons seulement que telle est de nos jours l'opinion presque unanime des peuples et des gouvernements, dont l'accord sur la nécessité des mesures restrictives nous paraît une réponse décisive à la dernière objection de M. Griesinger.

CHAPITRE II.

DES CORDONS SANITAIRES, DE L'ISOLEMENT, DE L'INTERRUPTION ET DE LA RESTRICTION DES COMMUNICATIONS.

Les cordons sanitaires, l'isolement des foyers, l'interruption et la restriction des communications, sont autant de mesures différentes, à certains égards, mais qui, selon les cas, se résument presque en une seule, par la raison qu'elles concourent ensemble à former ce qu'on appelle la séquestration d'une localité ou d'un pays. Nous allons les examiner dans le même chapitre, tout en faisant la différence qui leur est propre à chacune en particulier.

—

II.

Cordons Sanitaires. — Quel est le degré d'utilité de ces cordons? Dans quelles conditions sont-ils applicables et comment les appliquer?

Les cordons, formés d'une ligne de troupes ou de détachements postés de distance à distance, ont pour but d'isoler un pays et d'intercepter ses communications afin d'empêcher une épidémie de se propager. L'expérience a prouvé que l'utilité des cordons dépend de l'extension qu'on leur donne et de la manière dont ils sont appliqués. L'essai qu'on en a fait en 1831 a échoué, comme nous l'avons

dit, parce qu'ils avaient été appliqués sur une grande échelle, dans des contrées populeuses et avec des notions inexactes sur le mode de transmission du choléra. Trop rapprochés des foyers pour ne pas être exposés à la contamination cholérique, les militaires qui les composaient en étaient atteints et devenaient un moyen de dissémination. On a prétendu même qu'en Prusse les cordons n'avaient été établis que quand déjà la maladie avait pénétré dans le pays ; et de plus, il est certain que, à cette époque, toute l'attention était exclusivement dirigée sur la maladie confirmée, sans aucun égard pour la diarrhée cholérique comme agent propagateur. Or il est évident que, dans de pareilles conditions, les cordons devaient être plus dangereux qu'utiles.

Il en serait tout autrement si les cordons étaient institués dans des conditions opposées : si le pays sur lequel on doit opérer a une population clair-semée ; si le terrain par sa configuration et ses accidents se prête à une surveillance facile ; si les hommes formant le cordon, placés à une distance convenable du foyer, sont eux-mêmes à l'abri de la contamination ; si l'autorité sanitaire attache à la diarrhée prémonitoire l'importance qu'elle a au point de vue de la transmissibilité de la maladie ; en un mot, si toutes les règles de l'isolement sont scrupuleusement observées pour faire le vide autour du foyer cholérique.

Les faits ne manquent pas dans les annales du choléra (1830 — 31) qui prouvent l'efficacité des cordons appliqués dans des proportions restreintes, tant pour cerner des localités atteintes que pour en préserver d'autres qui ne l'étaient pas encore. C'est principalement en Russie que nous en trouvons des exemples. Des forts et des villages situés dans les gouvernements d'Orenbourg et d'Astrakhan se sont préservés par des cordons employés en temps opportun et observés rigoureusement. C'est ainsi que les domaines de MM. Smirnow, Béketow et Dolgorouky ont échappé à l'épidémie qui sévissait aux environs. Il en a été de même de la ville de Sarepta sise à 26 kilomètres de Tsaritsin où régnait le choléra *(Observ. du Dr Salomon publiées par le Conseil Médical de St Pétersbourg)*. De la même manière ont été préservés, en 1831, Peterhof, Tsarskoe-Selo, Pawlowsk et l'île d'Elaguine, lieux de plaisance situés dans le rayon de St Pétersbourg, où l'épidémie faisait des ravages. Il est même à remarquer que l'île d'Elaguine en fut atteinte après l'abolition des cordons. *(Lichtenstadt. Du choléra en Russie, 1830—31.)* Le gouverneur militaire d'Orenbourg a rapporté le fait suivant à l'appui de l'efficacité des cordons. Une épidémie violente régnait en 1829 dans le village tatare de Karamala (41 malades, 20 morts, dans l'espace de 10 jours et sur une population de 145 habitants). Un village voisin sis à 85 mètres du premier et habité par

des paysans russes, s'en est préservé au moyen d'une séquestration rigoureuse dès l'apparition de l'épidémie à Karamala. Il résulte d'une statistique présentée au Ministre de l'intérieur en Russie par le Dr Rosenberger, que de 1847 à 1849 le nombre des décès cholériques, dans l'Empire Russe, a surpassé le chiffre de 1,000,000, et le nombre des villes atteintes fut de 471. Or à cette époque les communications étaient libres entre les localités saines et les localités infectées. Par contre, dans les premières invasions, de 1829 à 35, lorsque la marche du choléra a été entravée par des cordons sanitaires, le nombre des décès n'a été que de 290,000, et celui des villes atteintes de 336. Cette différence, à violence égale de l'épidémie, ne semble-t-elle pas devoir s'expliquer par l'action des mesures restrictives et des cordons ? *(Extrait d'une communication officielle de M. Pelikan).*

Dernièrement (1866) la petite ville de Tibériade, en Palestine, fut éprouvée par l'épidémie. Sur 3,000 habitants, elle en perdit plus de cent. Située dans des conditions faciles de séquestration, elle a été cernée par un cordon, et le choléra s'y est épuisé sans se propager dans aucune autre localité de la Syrie.

Presque à la même époque le choléra sévissait à Nedjeff et à Kerbellah. L'un des huit fortins existant sur la lisière du désert arabique, pour contenir les incursions des Bédouins, est infecté. Il est séquestré et gardé. Le choléra s'éteint sans entamer les autres fortins situés à une heure de marche l'un de l'autre. *(Archives de l'Intendance Sanitaire Ottomane).*

D'après ces faits, la Commission est amenée à conclure, que *les cordons sanitaires, employés au milieu de populations nombreuses et serrées, sont d'un effet incertain et souvent sont dangereux ; que par contre, employés dans des localités limitées ou des contrées dont la population est clair-semée, comme dans certains pays asiatiques, les cordons sont appelés à rendre de grands services contre la propagation de la maladie.*

III.

De l'isolement des foyers du choléra. — Quels sont les enseignements de l'expérience à ce sujet ?

Si l'on prend la question de l'isolement à son point de vue général, elle est intimement liée à celle des cordons, car du moment que les cordons sont utiles et qu'il y a possibilité de les établir, on est sûr d'arriver à isoler avec profit un foyer

cholérique, et nous venons de voir à quelles conditions les cordons peuvent être établis avec chance de succès. L'isolement d'un foyer est donc praticable et utile dans certains cas, difficile dans d'autres. En Orient, par exemple, où les villages sont relativement rares, où les relations entre une ville et une autre ne sont pas aussi fréquentes que dans l'Europe centrale et où les populations ont des habitudes sédentaires, l'isolement est d'une application plus facile que dans les pays où la rapidité et la multiplicité des communications, l'activité commerciale et l'échange des intérêts tiennent en mouvement constant des flots de populations. Les contraventions seraient inévitables, dans ce cas, et le but serait manqué. Néanmoins *nous sommes d'avis que l'isolement partout où il peut être appliqué aux premiers cas qui marquent le début d'une épidémie, est une mesure de prudence qu'aucun pays ne devrait négliger de prendre pour son salut.*

Si d'un autre côté nous considérons l'isolement dans ses rapports avec les foyers initiaux du choléra, nous n'hésitons pas à répondre avec les paroles du programme, que *plus les mesures restrictives seront appliquées près de ces foyers plus on pourra compter sur leur efficacité.* En effet, la transmissibilité du choléra étant admise ainsi que l'efficacité des quarantaines et de la désinfection pour en étouffer les germes, il s'ensuit que la séquestration a infiniment plus de chance de réussite en opérant sur un centre qu'à la circonférence et lorsque l'épidémie s'est propagée dans toutes les directions. Admettons, par exemple, que des mesures de séquestration complète eussent été prises à Suez lorsque, en 1865, les pèlerins y ont apporté le choléra du Hedjaz, croit-on que l'épidémie se serait déclarée d'emblée à Alexandrie pour de là envahir dans l'espace d'un mois tout le bassin de la Méditerranée? Et peut-on admettre que les quarantaines réussissent mieux à circonscrire dix foyers secondaires qu'à séquestrer efficacement un seul foyer primitif? Le fait est si patent qu'il nous semble oiseux d'insister davantage, et nous concluons : *1° que l'isolement d'une localité atteinte de choléra est d'autant plus praticable et plus utile que la population du pays est plus clair-semée et que la séquestration a lieu plus près du début d'une épidémie ; 2° que l'isolement des foyers initiaux est la mesure capitale de prophylaxie contre les envahissements du choléra.*

IV.

Interruption temporaire des communications avec un lieux infecté.—Dans quels cas cette mesure est-elle applicable?

Interrompre les communications d'une localité pendant que le choléra y règne, c'est compléter la mesure de l'isolement et la rendre plus efficace. Il arriverait,dans ce cas, ce que nous voyons s'opérer dans le désert par rapport aux caravanes, l'épidémie s'épuiserait sur place sans se propager au delà. Mais ce moyen héroïque n'est pas applicable toujours et partout. Il est même rare qu'on puisse l'employer, et nous ne le croyons possible que s'il s'agissait d'étouffer le choléra dans un foyer circonscrit et primitif, comme serait une maison, un établissement public, un village et même une ville ou un canton. Cette mesure serait aussi applicable à un port de mer d'un commerce restreint et n'ayant que des relations maritimes limitées aux pays environnants. Mais ainsi que nous l'avons dit pour les cordons et l'isolement, une fois que le choléra aurait pris de l'extension et se serait disséminé sur une grande surface dans des contrées à population condensée ou dans un grand port de commerce, ce moyen restrictif devient impraticable et illusoire.

Les faits que nous avons rapportés au sujet des cordons s'appliquent en tout point à la question de l'interruption des communications, nous ne croyons pas devoir y revenir et nous concluons que *l'interruption est le meilleur moyen d'isoler les foyers cholériques, que par conséquent, il y a lieu de l'employer toutes les fois que les circonstances se prêtent à une exécution rigoureuse ; mais que cette mesure, applicable seulement à des points circonscrits, devient impraticable et inefficace lorsque l'épidémie s'est propagée sur un grand espace.* (Adopté à l'unanimité, moins MM. Dickson et Sawas qui ont voté contre.)

V.

Restriction temporaire des communications. — N'y a-t-il pas avantage sous tous les rapports à restreindre l'émigration des lieux infectés?— Par quels moyens pourrait-on y parvenir?

La restriction des communications est plus souvent applicable et d'une exécution plus pratique que l'interdiction absolue. En effet, cette mesure, qui adoucit les rigueurs de la séquestration, consistait à ne permettre la sortie des lieux conta-

minés et isolés qu'à certaines conditions déterminées, tant à l'égard des personnes que des choses. C'est ainsi que l'exportation des marchandises serait autorisée, à l'exception des articles qui peuvent recéler les germes de l'infection cholérique, et des substances altérées ou susceptibles de l'être, tels que les drilles, les chiffons, les cuirs, les peaux et autres débris animaux de cette espèce. Quant aux personnes, il y aurait lieu, pour les ports de mer, d'en restreindre autant que possible l'embarquement et de les soumettre à une série de précautions préalables, comme par exemple à une visite médicale spéciale et à la purification de leurs effets et hardes, etc. Mais la restriction de l'embarquement devrait principalement porter sur l'émigration. Rappelons-nous que la diffusion du choléra s'est opérée en 1865 par le courant des hommes qui fuyaient d'Alexandrie, et que 35 mille personnes partant de ce foyer ont infecté dans le court espace de quelques semaines la plupart des ports de la Méditerranée ; rappelons-nous encore que de ces foyers secondaires, l'émigration se dirigeant sur un grand nombre d'autres localités, a répandu les germes du choléra sur toute la surface du continent européen. Ce fait s'est particulièrement fait remarquer en Espagne, où l'émigration des villes avait pris, pendant la dernière épidémie, des proportions extraordinaires. Ont émigré de Valence 40,000 habitants sur 107,000 dont se compose sa population ; Palma a vu la sienne, ordinairement de 50,000 âmes, réduite à 10,000 seulement ; sur 37,000 habitants, 15,000 ont émigré de Carthagène ; la population de Barcelonne comptant 190,298 habitants avait été réduite de moitié par suite de l'émigration. Aussi, des 49 provinces du royaume 31 ont été envahies et fort maltraitées par le choléra.

L'avantage serait donc immense d'empêcher que des avalanches d'émigrés ne se détachassent des foyers pour importer les germes du fléau dans toutes les directions. Certes nous ne croyons pas qu'il soit possible, et nous ne proposons pas d'interrompre rigoureusement la sortie des habitants d'une grande ville frappée par l'épidémie, mais n'y aurait-il pas moyen de la régler de manière à en diminuer les effets désastreux ? N'y aurait-il pas lieu de déterminer, par une loi, le nombre des passagers que chaque navire pourrait embarquer, et arriver ainsi à restreindre l'émigration, tout en empêchant l'encombrement ? Nous nous en rapportons sur ce point aux avis du rapport de la Commission pour les mesures hygiéniques en temps de choléra *(note additionnelle, art. Police Sanit. du départ)* et nous proposons, *1° de restreindre l'émigration dans la circonscription de la ville infectée ; 2° de fixer par un règlement le nombre des personnes que chaque navire pourrait embarquer, proportionnellement à sa capacité ; 3° de soumettre les per-*

sonnes et leurs effets à des précautions préalables, telles qu'une visite médicale, la purification des hardes et effets, etc. La Commission opine que ce système est une garantie très importante non seulement à l'égard des ports de destination, mais aussi des passagers dont la vie serait peut-être plus exposée à bord des navires encombrés et partis du foyer cholérique, que dans la ville infectée qu'ils auraient quittée.

CHAPITRE III.

QUESTION DES LAZARETS.

—

VI.

LAZARETS.— Quelles sont les conditions que l'expérience a démontrées nécessaires pour que ces établissements répondent à leur destination sous tous les rapports? — Questions relatives au choix de l'emplacement, à la distance des endroits habités, à la facilité de l'abord et du ravitaillement, à la salubrité du lieu, au genre de construction, à la distribution intérieure, à la répartition des quarantenaires, etc. Lazarets d'observation ? — Lazarets temporaires? — Lazarets flottants? — Lazarets internationaux?

Les lazarets qui existent actuellement dans les ports à quarantaine, tant en Europe qu'en Orient, avaient été établis, à des époques plus ou moins reculées, en vue de se préserver de la peste, maladie réputée éminemment contagieuse. Ces lazarets ont sans doute rendu de grands services, tant qu'ils avaient à remplir leur but spécial ; mais la nature du choléra et les lois de sa propagation diffèrent essentiellement de celles de la peste, et il est aujourd'hui démontré par l'expérience que ces établissements n'offrent pas, tels qu'ils sont, une barrière sérieuse contre les envahissements du fléau indien.

Pendant la dernière épidémie la plupart de ces lazarets ont manqué leur but en laissant pénétrer le choléra dans les villes à proximité desquelles ils se trouvaient. Les défauts qu'on leur attribue sont nombreux : défauts d'emplacement, de construction, de distribution, de régime intérieur et bien d'autres, dont il faut tenir compte dans le système de quarantaine approprié au choléra.

Par contre des lazarets improvisés sous des tentes et des baraques, mais dont l'isolement était complet et les communications interrompues avec les contrées habitées, ont donné les meilleurs résultats. Ce contraste est frappant entre les lazarets de la Grèce, de Crète, de Volo organisés sur des îles, et les lazarets d'Odessa, d'Ancône, des Dardanelles, etc., situés à proximité des villes. Ici les communications avec les habitants du voisinage, l'encombrement de voyageurs, le confinement de l'infection développent le germe cholérique et propagent la maladie ; là l'isolement, le grand air, l'espace, agissent dans un sens contraire, dissipent les germes du choléra et empêchent la maladie de se propager.

L'enseignement à tirer de cette expérience est que, dans le choix à faire des lieux destinés aux établissements quarantenaires, il faut avant tout donner la préférence à des îles désertes et secondement à des localités très éloignées des centres de population et placées de manière à en assurer l'isolement absolu.

Mais l'isolement obtenu il reste encore beaucoup de conditions à remplir dans le choix de l'emplacement d'un lazaret. 1° la composition du terrain. Le sol qui convient le plus doit présenter une consistance rocheuse et granitique ; attendu qu'un sol poreux et d'alluvion, par sa perméabilité, est susceptible de devenir, suivant la théorie aujourd'hui généralement admise, un réceptacle de germes morbifiques ; 2° il convient aussi d'éviter les sols palustres, foyers de fièvres intermittentes, et qui sont propres, par leur nature et dans des circonstances données, à activer le dégagement du principe cholérique ; 3° il importe que l'endroit destiné à un grand lazaret soit pourvu d'eau de bonne qualité et en quantité suffisante pour satisfaire aux besoins des quarantenaires ; 4° une des conditions de la plus haute importance est celle d'un bon mouillage et assez vaste pour pouvoir abriter en sûreté un grand nombre de navires. La facilité de l'abord par tous les temps serait d'autant plus nécessaire, que l'établissement serait placé dans une île, parce qu'alors le service du ravitaillement doit être régulier et entretenu de façon à ne laisser rien manquer aux quarantenaires.

VII.

Après le choix de l'emplacement, se présente la question du plan et de la construction des lazarets. Nous n'avons à dire que peu de chose de ceux qui existent pour en signaler les défauts : qu'on s'imagine une cour carrée, une espèce de cloître, entourée d'édifices communiquant plus ou moins entre eux et formant les logements des quarantenaires, les magasins destinés au dépôt et à la désinfection

des marchandises, une infirmerie, qui n'existe pas toujours, un parloir et quelques appartements affectés à l'administration. La capacité de ces établissements pour les temps d'une épidémie cholérique est en général insuffisante, car jamais du temps de la peste on n'a vu s'opérer de ces émigrations en masse que provoque la peur du choléra, et, d'un autre côté, la disposition des logements se prête singulièrement au mélange des catégories qui devraient être soigneusement séparées et tenues à distance les unes des autres. Tous ces édifices devraient être abandonnés, ou ne servir qu'à des quarantaines de simple observation, pour faire place à des constructions conçues sur un plan adapté à leur nouvelle destination.

En 1865 la quarantaine a été purgée, avons-nous dit, soit dans les lazarets, soit sous des tentes et dans des baraques. Le système des baraques a donné de très bons résultats et serait préférable aux constructions en maçonnerie, n'était-ce leur manque de solidité et leur durée éphémère. Le campement sous des tentes aura toujours l'avantage dans certains pays orientaux, et sur les bords de la Mer Rouge où le climat et les habitudes le comportent naturellement ; mais il est surtout applicable aux masses de pèlerins à leur retour de La Mecque. Sauf ces exceptions, le système des constructions en maçonnerie est celui que nous proposons d'adopter en général pour les établissements quarantenaires dont nous allons esquisser sommairement le plan et la distribution intérieure.

Un vaste emplacement étant donné, autant que possible sur une île, ou à défaut d'une île, dans une contrée éloignée de plusieurs milles de toute habitation, on y construirait les logements des quarantenaires, un hôpital pour les cholériques, des buanderies, des écuries et un enclos pour les animaux, une hôtellerie, des appartements affectés à l'administration et autres édifices accessoires. Il y aurait en outre un débarcadère, des magasins pour les marchandises et les approvisionnements, un bureau pour l'entretien des relations entre le lazaret et le dehors.

1° Les habitations des quarantenaires consisteraient en plusieurs rangées de maisonnettes, de pavillons, de plain-pied, divisés intérieurement en quatre compartiments, percés de fenêtres sur les quatre façades et pouvant loger 20 personnes, soit 5 par compartiment. Chaque pavillon serait séparé de l'autre par une distance de 20 mètres et chaque rangée composée de 10 pavillons, par un espace de 100 mètres. Ce système est en vigueur en Grèce et a fonctionné pendant la dernière épidémie.

Nous reviendrons plus loin sur la question importante des distances à marquer entre les différents édifices composant l'ensemble de l'établissement.

2° *L'hôpital* serait composé de plusieurs pavillons séparés et construits sur le même plan que les logements des quarantenaires. Il serait divisé en deux compartiments dont l'un devant servir aux cholériques, l'autre aux malades affectés de simple diarrhée. Chaque pavillon bien exposé et bien aéré, contiendrait de 5 à 10 lits. Une pharmacie pourvue des médicaments nécessaires serait attachée à l'hôpital ainsi qu'une cuisine à l'usage des convalescents. Il y aurait en outre une habitation réservée aux médecins et aux infirmiers.

3° Deux *buanderies* devraient être installées dans chaque lazaret, l'une pour le service de l'hôpital, l'autre des quarantenaires. Elles seraient placées dans des endroits différents, éloignées l'une de l'autre, ainsi que des autres édifices de l'établissement, et l'on devrait particulièrement veiller à l'écoulement des eaux pour les empêcher de s'infiltrer dans le sol environnant.

4° Un dépôt d'objets de literie et d'ameublement devrait être mis à la disposition de l'établissement, et l'administration veillerait à la propreté de ces objets afin qu'ils ne deviennent pas un moyen de transmission.

5° La Commission serait en outre d'avis d'établir trois catégories de logements ; la première destinée aux personnes aisées, la seconde à la classe moyenne, la troisième aux individus moins habitués à certaines commodités. Le prix de ces logements, fixé par un règlement, serait différent selon la catégorie.

6° L'*hôtellerie* du lazaret devrait être isolée pourvue des vivres nécessaires et dont les prix seraient fixés d'avance par l'autorité compétente. Les desservants de l'hôtellerie ne pourraient, dans aucun cas, être en communication avec les quarantenaires.

7° Les *magasins* destinés aux marchandises non sujettes à purification seraient en dehors de l'enceinte du lazaret et rapprochés du débarcadère, afin de faciliter les opérations de débarquement et de réembarquement. Ils seraient en outre en rapport, au point de vue de la capacité, avec le mouvement présumable de l'établissement quarantenaire. Les magasins des marchandises *susceptibles* seraient aussi d'une capacité proportionnelle à ce mouvement, mais relativement moins vastes que les premiers, attendu que les articles sujets à la désinfection sont très-restreints, comme nous le verrons plus loin. La situation de ces derniers magasins doit être différente de celle des premiers, mais toujours hors de l'enceinte du lazaret et à une portée convenable des navires pour en faciliter les opérations.

8° Un lazaret devant nécessairement être gardé par une force armée plus ou moins considérable pour y assurer l'ordre et la sécurité, surtout s'il s'agit d'une île ou d'un lieu éloigné et solitaire, il devient nécessaire de pourvoir à son loge-

ment. Il sera donc établi un *corps de garde* à une distance de 200 mètres, au moins, de l'établissement quarantenaire, car il importe de soustraire, autant que possible, les militaires dont il serait composé aux atteintes du mal.

9° Nous avons parlé de *débarcadère*. Il en faut deux pour chaque lazaret : l'un pour le débarquement des marchandises et des personnes en contumace, l'autre pour les relations de la libre pratique. Il faut en outre un bureau ou *Office de Santé* où résidera la Direction de tout l'établissement. Sa place est indiquée près du port, car il doit être en rapport d'un côté avec tout ce qui concerne le lazaret et ses dépendances et être en même temps l'intermédiaire avec le dehors.

10° La question de savoir s'il fallait conserver l'usage des parloirs attachés aux lazarets et permettre les visites que des personnes étrangères viendraient faire aux quarantenaires, a donné lieu à une discussion au sein de la Commission. On a soutenu d'une part que les visites devraient être sévèrement défendues, parce que la séquestration, même dans une île, ne saurait être complète tant qu'il y aurait des personnes qui y viendraient de la ville et y retourneraient ; parce que des abus ne manqueraient pas de se produire, et que, le principe étant admis que l'air est, à une distance donnée, le véhicule des germes cholériques, il s'en suit que la maladie pourrait se communiquer aux visiteurs et se propager ainsi, malgré toutes les rigueurs de l'isolement. D'un autre côté, on a cru voir dans cette défense trop de sévérité ; on a pensé qu'une distance analogue à celle des logements des quarantenaires, entre les visiteurs et les personnes en contumace, serait une garantie suffisante pour mettre les premiers à l'abri de toute atteinte, et que dès lors la crainte d'une compromission devrait cesser d'exister. Bien que ces observations aient paru justes à la plupart des membres de la Commission, cependant, vu la probabilité des abus, et la nécessité de maintenir l'interruption la plus stricte entre le lazaret et la ville, ils opinent qu'il est prudent de supprimer les parloirs des lazarets et de défendre les visites, sauf toutefois M. Pélikan qui est d'avis que les parloirs seraient nécessaires pour des cas exceptionnels. Ce qui est dit des visites n'est pas du reste applicable aux personnes qui, pour un intérêt quelconque, voudraient entrer au lazaret et y séjourner tant que durerait la quarantaine de ceux avec lesquels ils seraient en communication, et en se soumettant à toutes les conséquences de la position.

11° La Conférence ayant admis « qu'il n'y a aucun fait connu qui établisse que le choléra ait été importé par des animaux vivants, mais qu'il est rationnel de les considérer, dans certains cas, comme étant des objets dits susceptibles et que d'ailleurs ils peuvent par leur enveloppe servir de réceptacle au principe de

la maladie,» la Commission opine qu'il y a lieu de les soumettre à des mesures de purification, et par conséquent tout lazaret doit être pourvu d'un enclos spécial, d'écuries et de hangars pour les y enfermer et les soumettre aux mesures qui seront indiquées.

12° Une des questions qui a beauconp préoccupé la Commission, est celle des latrines. Elle a passé en revue tous les systèmes existants. Dans les anciens lazarets chaque appartement avait son cabinet d'aisances, ou bien il y avait une rangée de cabinets à l'usage de tous les quarantenaires aboutissant à des fosses ou à des égouts, systèmes vicieux et qui ne sauraient continuer sans un grand danger au point de vue du choléra dont la principale source de propagation est dans les déjections. Parmi les systèmes modernes, celui qui a paru à la Commission le mieux adapté aux lazarets est le système des *fosses mobiles* chargées de désinfectants tels que le sulfate de fer, la chaux vive et autres moyens chimiques qui ont été proposés dans ce cas. Les matières seraient ensuite enlevées, versées dans des fosses creusées dans le sol et recouvertes de chaux vive et de poussier de charbon végétal. *(Rap. de la Commission pour les désinfectants)*. Deux membres de la Commission auraient voulu que chaque quarantenaire eût un vase séparé et disposé de manière à ce que le médecin, à sa visite journalière, pût inspecter les déjections alvines pour en reconnaître la nature, et constater, par ce moyen, le début d'une diarrhée. Mais ce système praticable peut-être dans l'hôpital, a paru à la pluralité trop compliqué pour un lazaret renfermant des centaines de quarantenaires, et, en conclusion, la Commission s'est prononcée pour l'adoption des fosses mobiles perfectionnées et chargées d'avance de désinfectants. Elle a opiné aussi pour la suppression des égouts et des fosses d'aisances communes dans tous les lazarets destinés aux provenances cholériques.

13° En parlant des logements des quarantenaines, nous avons établi qu'un pavillon devait être séparé de l'autre par une distance de 20 mètres, et chaque rangée de pavillons par un espace de 100 mètres. Ce terme, la Commission a cru pouvoir le prendre pour règle, comme minimum, d'après l'opinion que le choléra pourrait, dans certains cas, être transmis par l'atmosphère jusqu'à une distance de 100 mètres. *(Rapport général, art. XXX)*. Ce système permettrait d'abord d'isoler facilement le groupe de personnes occupant un pavillon et parmi lesquelles il surviendrait un ou plusieurs cas de choléra ; il permettrait en outre d'assurer la complète séparation des différentes catégories de quarantenaires selon le degré de suspicion et la date de l'arrivage. C'est une question de la plus haute importance que l'isolement entre les diverses catégories. Sans cette précaution stricte-

ment observée on verrait se renouveler les compromissions qui ont tant contribué à propager la maladie, en 1865, dans les lazarets des Dardanelles, de Beyrouth, de Salonique, etc. ; car il est aisé de concevoir qu'un individu sain est exposé à contracter la maladie dans le lazaret jusqu'au dernier moment qui précède la libre pratique. La séparation des catégories est donc une condition de sécurité pour les quarantenaires et une mesure nécessaire pour empêcher que le choléra ne franchisse l'enceinte du lazaret, et la Commission conclut qu'elle doit être maintenue avec la plus grande sévérité.

La distance à mettre entre les différents édifices d'un lazaret dépend de l'espace dont on dispose et il serait difficile de le déterminer d'avance d'une manière précise; mais il doit être de règle que l'hôpital soit séparé de 200 mètres, au moins, des logements des quarantenaires ; que les habitations du personnel de l'administration soient encore plus éloignées tant de l'hôpital que des logements des quarantenaires, et que l'hôtellerie, les magasins à marchandises, les hangars pour les animaux soient établis hors de l'enclos du lazaret, à des distances encore plus grandes les uns des autres. En général il importe de ne pas perdre de vue que l'isolement ne serait complet que tout autant qu'il y aurait de 2 à 300 mètres autour des divers édifices occupés par les cholériques, par les malades atteints de simple diarrhée, par les quarantenaires en bonne santé, par le personnel de l'administration.

14° *Du personnel.* La question du personnel est de la plus haute importance dans l'organisation d'un lazaret ; mais nous ne croyons pas devoir entrer dans des considérations de détail à ce propos. Nous laissons à chaque administration le soin de déterminer le nombre et la capacité de ce personnel. Nous appelons cependant l'attention sur la convenance de confier la direction des établissements quarantenaires à des médecins instruits comprenant la valeur des mesures applicables au choléra. Nous proposons en outre, pour chaque lazaret, trois médecins, au moins, dont l'un attaché au service de l'hôpital, l'autre à celui des quarantenaires en général ; tous les deux consignés dans leur département spécial et ne devant pas communiquer avec le dehors; le troisième chargé, sous les ordres du médecin directeur, du service du port, de l'entrée et de la sortie des quarantenaires.

———

VIII.

1° Du nombre des Lazarets. — Lazarets d'observation.

Nous venons d'exposer le plan d'après lequel devraient être construits les lazarets appropriés à la quarantaine de rigueur où devront se rendre les navires en patente brute de choléra. Le nombre de ces lazarets devrait être aussi restreint que possible, mais toujours en rapport avec l'étendue du littoral de chaque Etat ; car s'il faut éviter, d'une part, une très grande agglomération sur un seul point, il serait, d'autre part, dangereux de permettre indistinctement la dissémination des provenances cholériques dans plusieurs localités. Dans le règlement de cette question, il est d'ailleurs tout aussi important de sauvegarder l'intérêt de la santé publique que de ménager celui de la navigation et du commerce. En mettant d'accord dans une mesure compatible ces deux éléments, on arriverait sans trop de peine à l'application rigoureuse des mesures restrictives.

Voici du reste ce que l'expérience nous apprend à ce sujet. La Russie, la Turquie, la Grèce, et peut-être d'autres Etats, ont trois ordres d'établissements quarantenaires : un nombre limité de lazarets pour la quarantaine de rigueur ; un plus grand nombre pour la quarantaine d'observation et des postes plus nombreux dont les fonctions se bornent à contrôler les arrivages et à viser les patentes de Santé.

Ce système paraît à la Commission d'une utilité pratique incontestable, car tout en limitant le nombre des établissements quarantenaires de premier ordre, il laisse subsister les lazarets d'observation. Ceux-ci seraient spécialement affectés à la contumace de certaines provenances en patente nette que l'autorité sanitaire aurait des motifs de tenir en suspicion, soit par rapport au lieu de départ qui n'offrirait pas toutes les garanties de sécurité désirable, soit à cause de circonstances particulières aux navires qui en seraient l'objet, soit enfin par suite de communications sur mer ou de relâches intermédiaires de nature suspecte. Les lazarets de cette catégorie peuvent exister sans inconvénients dans tous les ports fréquentés par une navigation considérable et sans qu'ils réunissent un grand déploiement de moyens comme ceux qui sont indiqués pour les lazarets de rigueur, attendu que la quarantaine d'observation n'entraîne pas, sauf en des cas exceptionnels, le débarquement des voyageurs ni des marchandises.

2° *Les lazarets temporaires*, qu'ils aient pour objets les provenances de mer ou

les provenances de terre, n'ont qu'un caractère provisoire. Ils ont pour but de préserver de l'invasion de l'épidémie une localité privée de lazaret permanent, et l'expérience qui en a été faite en Orient pendant la dernière épidémie est une preuve évidente de leur efficacité. C'est le système des campements dont nous entendons parler, système qui est toujours appelé à rendre de grands services, car il est peut-être le seul possible dans certains pays de l'Asie en raison du climat et du genre de vie des populations. Nous le croyons surtout applicable aux grandes masses de quarantenaires et aux pèlerinages.

3° *Les lazarets flottants* sont des pontons ou de gros navires qui, aménagés aussi bien que possible, peuvent être utilisés dans des cas d'urgence et à défaut de local convenable. C'est de ce moyen qu'on s'est servi à New-York pour séquestrer, au premier moment, les passagers des arrivages cholériques, l'*Atlanta*, l'*Ingland* et le *Virginia*, avec un résultat des plus satisfaisants. *(Voir le rapport historique du choléra, art. New-York)*. Mais il s'en faut de beaucoup que les lazarets flottans réunissent, en général, les conditions requises d'aération et de salubrité, et la Commission ne peut en recommander l'emploi que dans des occasions d'urgence et très-exceptionnelles.

IX.

Question des lazarets internationaux.

Pris dans le sens le plus large, un lazaret international serait une institution mixte tant au point de vue du personnel administratif que des frais d'entretien qui seraient faits en commun par les gouvernements qui y prendraient part. Situé dans un endroit convenable, sur une voie maritime très-fréquentée ou à l'entrée d'une mer, tous les navires provenant d'un lieu infecté seraient obligés d'y aller faire quarantaine. Un pareil établissement aurait l'avantage de prévenir la dissémination des provenances contaminées sur plusieurs points et de restreindre ainsi les chances de la propagation du fléau. L'entretien en commun pourrait aussi contribuer à en faire un établissement modèle, tant sous le rapport de la salubrité et du bien-être, que d'une administration économique dans les dépenses et sévère dans l'application des mesures, car tout serait placé sous le contrôle direct de chaque gouvernement représenté.

Mais tous ces avantages, quelque vrais qu'ils soient, sont contrebalancés par de nombreux inconvénients. C'est ainsi qu'il y aurait, 1° autant d'appréciations,

dans certains cas, que de représentants des gouvernements intéressés, et, de là, difficulté de s'entendre et conflits d'opinion et d'autorité ; 2° un grand préjudice apporté au commerce et à la navigation, en forçant les navires à prendre souvent une voie opposée à leur destination pour aller faire quarantaine dans un lieu plus ou moins éloigné. On comprend que pour des navires à voiles surtout un pareil détour puisse avoir des conséquences désastreuses ; 3° une grande accumulation de navires et de personnes, pouvant donner lieu à la formation de vastes foyers d'infection, dangereux sous tous les rapports et tels qu'on n'en voit que dans les agglomérations des pèlerinages et qu'il importe d'éviter à tout prix ; 4° enfin, il y aurait empiétement sur les droits souverains du pays dans le territoire duquel se trouverait un établissement mixte de ce genre, et il est à présumer qu'aucun gouvernement ne serait disposé à l'admettre dans ses possessions. En conséquence, la Commission après avoir pesé les avantages et les désavantages d'un pareil projet, en propose l'abandon.

En donnant cependant un sens plus restreint à la signification de lazaret international, la question se présente sous un aspect plus pratique et qui mérite l'attention. Tel serait un établissement situé dans une position avantageuse à la navigation, administré par le gouvernement local sans aucune ingérence étrangère, et dans lequel seraient admis à faire quarantaine les navires de deux ou plusieurs nations, en vertu d'une convention spéciale passée entre les gouvernements intéressés, et moyennant payement d'un droit établi d'un commun accord entre les parties contractantes. Ce système est en vigueur dans la Baltique entre les états riverains. La Suède possède l'établissement de Kanzoë, îlot situé dans le Cattégat sur la côte occidentale de la Suède, l'administre seule, en fait les frais et se dédommage par un droit qu'elle prélève sur les navires et qui est convenu entre elle, la Russie, la Prusse, le Mecklenbourg, le Danemark. Depuis qu'il existe, cet établissement a donné des résultats satisfaisants au point de vue du bien-être des quarantenaires et de la sécurité publique. La commission pense qu'il y aurait lieu de recommander ce système aux gouvernements qui jugeraient utile de l'adopter.

En résumé, la Commission propose les conditions suivantes dans l'institution des établissements quarantenaires :

1° Que les lazarets soient établis, autant que possible, dans des îles dépourvues de population, et, à défaut d'îles, dans des localités isolées et éloignées de plusieurs milles des villes, villages et autres lieux habités. Que l'air de ces localités soit salubre, le terrain de consistance rocheuse, l'eau abondante, le mouillage facile, sûr et spacieux.

2° Que les édifices composant l'ensemble des lazarets soient construits d'après les principes de l'article VII du présent rapport, et de manière à assurer la séparation rigoureuse des différentes catégories de quarantenaires, suivant la nature de la provenance et la date de l'arrivée. Que l'isolement de l'hôpital des cholériques, des logements des quarantenaires, des buanderies, des magasins et hangars, des habitations du personnel du service, etc., soit complet. Que la distance entre tous ces édifices, impossible à préciser d'avance, soit en rapport avec les indications consignées dans le paragraphe 13 du rapport.

3° Que les cabinets d'aisance soient organisés d'après le système des fosses mobiles chargées de désinfectants. Que les égouts et les fosses communes soient proscrits. Que les matières des déjections soient versées dans des fosses creusées dans le sol et recouvertes de chaux vive, de terre argileuse ou de poussier de charbon végétal.

4° Que chaque lazaret ait deux débarcadères, dont l'un de contumace, l'autre de libre pratique, un office de santé, des logements pour l'administration, un corps de garde, un dépôt de literie et d'ameublement, un dépôt de vivres, une hôtellerie.

5° Que les parloirs des lazarets soient supprimés pour les visiteurs, *et les visites aux quarantenaires interdites ; qu'il soit toutefois permis aux personnes qui le demanderaient d'entrer au lazaret et d'y rester en se soumettant, dans ce cas, au régime des quarantenaires avec lesquels ils seraient en communication.*

6° Que la direction des établissements quarantenaires soit confiée à des médecins, et qu'en outre chaque lazaret soit pourvu de trois médecins, au moins, dont l'un attaché à l'hôpital, l'autre au service des quarantenaires, le troisième chargé du service du port et de l'extérieur du lazaret.

7° Que le nombre des lazarets pour la quarantaine de rigueur soit limité proportionnellement au mouvement maritime et à l'étendue du littoral de chaque Etat ; mais qu'il y ait cependant des postes secondaires pour les provenances soumises à la quarantaine d'observation.

8° Que, dans des cas d'urgence, on établisse des lazarets temporaires, des campements, ou des lazarets flottants, selon les circonstances particulières à chaque localité.

9° La Commission enfin est d'avis qu'en général l'institution de lazarets internationaux, administrés par des commissions mixtes, ne soit pas recommandée, à raison des inconvénients de ce système et des obstacles insurmontables que rencontrerait le plus souvent sa réalisation.

Toutes ces conclusions ont été adoptées à l'unanimité par la Commission, sauf la dernière au sujet de laquelle MM. Maccas et Pélikan ont formulé leur opinion dans ces termes : « Tout en admettant qu'en général l'institution des lazarets » internationaux, administrés en commun par des employés de plusieurs » puissances, n'est pas recommandable, nous sommes d'avis que dans certains » cas l'utilité de ces établissements, administrés par les autorités locales sous » le contrôle de conseils mixtes, est incontestable. »

CHAPITRE IV.

DU RÉGIME QUARANTENAIRE ET DE LA DÉSINFECTION.

Ainsi qu'il a été démontré dans le Chapitre II, les enseignements de l'expérience militent en faveur des mesures restrictives, rigoureusement appliquées, contre l'importation du choléra asiatique.

S'il était nécessaire de revenir sur cette question pour renforcer les preuves de l'action efficace des quarantaines, nous pourrions citer les arguments produits dans le *Rapport Général* à l'occasion de la transmissibilité, et énumérer les faits nombreux de préservation signalés dans l'Aperçu historique du choléra en 1865 ; nous citerions une à une toutes les villes qui ont été préservées du fléau par l'application des mesures quarantenaires, tous les lazarets où la maladie, introduite par des provenances infectées, a été étouffée ; nous rappellerions encore une fois les résultats obtenus en Grèce, en Crète, à New-York et dans beaucoup d'autres localités où le choléra a trouvé, dans des lazarets isolés, des barrières qu'il n'a pas franchies, malgré la violence des foyers qui s'y étaient formés. Tous ces faits ne prouvent-ils pas assez l'action efficace de l'isolement et de la désinfection, c'est-à-dire des mesures quarantenaires ? La Commission est d'avis que le doute n'est pas possible sur une pareille question.

La Conférence a de son côté admis comme un fait incontestable ; « 1° qu'il » n'existe pas de foyers originels de choléra dans nos pays où il est toujours im- » porté du dehors ; 2° que le choléra se transmet soit par des malades, soit par » des effets contaminés ; 3° que l'air ambiant est le véhicule principal de l'agent » générateur de la maladie, mais que la transmission par l'atmosphère est limitée » à une distance très-rapprochée du foyer d'émission. » Or il découle logiquement

de ces faits et de ces principes que les mesures de quarantaine, ou en d'autres termes l'isolement et la désinfection, sont applicables toutes les fois qu'il est à craindre que la transmission du choléra ne s'opère soit par des malades soit par des effets recélant les germes de la maladie.

En abordant le chapitre important du régime quarantenaire, nous nous permettons encore d'intervertir l'ordre des matières indiquées dans le Programme, afin d'en simplifier l'étude ; mais nous aurons soin de répondre à toutes les questions posées sans rien omettre de ce qui nous paraîtra devoir faire la base de la prophylaxie. C'est ainsi que nous divisons le travail en deux sections : dans la première nous traitons de la quarantaine proprement dite, de la différence à faire entre la quarantaine de rigueur et la quarantaine d'observation, de la durée de la quarantaine et des diverses conditions de son application aux personnes et aux navires ; dans la seconde nous exposons le système de la désinfection applicable aux navires, aux objets supposés contaminés, aux effets, hardes, marchandises, animaux vivants, etc.

X.

QUESTIONS DE LA QUARANTAINE.—Y a-t-il lieu d'admettre deux sortes de quarantaines sous les noms de quarantaine d'observation et de quarantaine de rigueur ? — En quoi consisterait cette différence ?

La quarantaine se compose de deux éléments essentiels, la séquestration d'une provenance et la désinfection. Appliquée aux objets réputés susceptibles de transmettre la maladie dont on veut se garantir, elle se distingue en quarantaine de rigueur et en quarantaine d'observation. Cette distinction que nous allons faire ressortir en signalant la différence des deux régimes, avait été établie par les anciens règlements ; elle a été maintenue par la Conférence Sanitaire de Paris et votre Commission la *juge nécessaire dans le système de prophylaxie applicable au choléra.*

La quarantaine d'observation consiste à tenir à l'écart et à faire surveiller un navire, son équipage et ses passagers pendant un temps qui ne dépasse pas ordinairement quelques jours à partir du moment où des gardes de santé sont placés à bord, mais qui peut être prolongé par l'autorité sanitaire. Elle n'entraîne pas le déchargement des marchandises, à moins qu'il ne s'agisse de substances altérées et corrompues. Elle n'exige pas la désinfection, mais seulement des mesures générales d'hygiène. Il serait difficile de déterminer toutes les circonstances dans

lesquelles cette quarantaine est applicable, ce que nous devons laisser au jugement des autorités sanitaires, mais nous sommes à même d'en signaler les principales : elle s'applique à des navires suspects bien que munis de *patente nette*, 1° à cause des soupçons qui peuvent exister sur l'état sanitaire du lieu de départ, de manière à donner le temps d'éclaircir ces soupçons, ou par suite de relâches intermédiaires compromettants et de communications douteuses sur mer ; 2° en raison des conditions particulières du navire qui y est soumis et de l'état sanitaire de l'équipage et des passagers. La quarantaine d'observation peut se faire dans tous les ports où il existe un service sanitaire. Les passagers restent à bord ou sont débarqués au lazaret suivant les conditions spéciales de chaque provenance.

La quarantaine de rigueur, c'est la séquestration et l'isolement, pour un temps déterminé, tant des navires que des personnes, avec désinfection de tout ce qui est susceptible de recéler les germes morbifiques. La quarantaine de rigueur implique nécessairement le déchargement des marchandises au lazaret. Elle est applicable, 1° aux navires partis d'un lieu infecté, en *patente brute* de choléra, sauf les exceptions qui seront indiquées plus loin : 2° aux navires qui auraient eu des accidents cholériques à bord pendant la traversée, bien que porteurs d'une *patente nette ;* La quarantaine de rigueur commence, pour les navires en lest, du moment de l'entrée des gardes de santé à bord ; pour les navires chargés, après le débarquement des marchandises ; pour les personnes, dès l'instant de leur entrée au lazaret.

En résumé, *la différence entre ces deux régimes consiste,* suivant la Commission, *en ce que la quarantaine d'observation est un temps d'épreuve, de simple surveillance, tandis que la quarantaine de rigueur consiste dans le débarquement au lazaret avec désinfection, et comprend toutes les mesures applicables à une provenance cholérique.*

XI.

De la quarantaine applicable aux personnes venant d'un lieu contaminé. — Quelle doit en être la durée ? — A partir de quel moment doit compter la quarantaine ?

La quarantaine dont il est question dans ce paragraphe du Programme est celle de rigueur ; c'est-à-dire que les personnes venant d'un lieu contaminé devront subir, à leur arrivée dans un lieu indemne, le régime de l'isolement dans un lazaret et que leurs effets seront soumis à la désinfection.

Mais quelle sera la durée de la quarantaine de rigueur? Cette question est à coup sûr la plus importante de toutes celles qui, dans leur ensemble, constituent le régime quarantenaire ; et nous devons reconnaître qu'elle est aussi la plus difficile à résoudre, car elle se lie essentiellement à la période d'incubation de la maladie au sujet de laquelle les opinions sont encore loin de l'accord désirable. Il est vrai que le problème vient d'être en quelque sorte résolu par la Conférence dans la conclusion du Chapitre XIII du *Rapport Général*, où il est dit que « dans presque tous les cas où la période d'incubation, c'est-à-dire le temps » écoulé entre le moment où un individu a pu contracter l'intoxication cholérique » et le début de la diarrhée prémonitoire ou du choléra confirmé, ne dépasse pas » quelques jours, et que les faits cités d'une incubation plus longue se rapportent à des cas qui ne sont pas concluants, ou bien parce que la diarrhée prémonitoire a été comprise dans la période d'incubation, ou bien parce que la » contamination a pu avoir lieu après le départ du lieu infecté. » Mais malgré cette opinion fortement assise sur l'observation générale, on cite des exceptions qui tendraient à faire admettre une période d'incubation de deux à trois semaines.

Une autre question se rattachant au même sujet, est celle de la diarrhée prémonitoire qui très probablement est apte, comme le choléra confirmé, à transmettre la maladie. On a soutenu en effet qu'on a observé des cas de diarrhée de plusieurs semaines qui ont transmis le choléra et se sont terminés par la mort. M. le Dr Pelikan, appuyé par M. Maccas, a insisté sur ce point en faisant valoir les considérations suivantes : 1° qu'il n'est pas toujours facile de distinguer, en temps de choléra, une diarrhée simple, catarrhale, de la diarrhée cholérique qui est considérée avec raison d'une nature identique et aussi dangereuse sous le rapport de la transmissibilité que la maladie même ; 2° que ce sont surtout les malades de cette diarrhée qui, étant encore en état de voyager, propagent le choléra ; 3° que la diarrhée qui se manifeste à bord d'un bâtiment provenant d'un lieu cholérique est de cette nature dans l'immense majorité des cas ; 4° que, en général, les individus atteints d'une diarrhée simple, catarrhale ou bilieuse, sont très disposés à contracter le choléra en temps d'épidémie. Mais la majorité s'en est rapportée à la formule de la Conférence s'exprimant dans ces termes : « L'observation montre que la durée de la diarrhée cholérique, » dite prémonitoire, qu'il ne faut pas confondre avec toutes les diarrhées qui » existent en temps de choléra, ne dépasse pas quelques jours. Les faits cités » comme exceptionnels ne prouvent pas que les cas de diarrhée qui se prolongent au-delà appartiennent au choléra et soient susceptibles de transmettre la

maladie quand l'individu atteint a été soustrait à toute cause de contamination. »

Nous nous serions abstenus de nous engager dans ces questions de principe qui n'entrent qu'indirectement dans le cadre de notre mandat, et nous nous serions tout simplement bornés à prendre pour règle l'opinion de la Conférence sur la durée de l'incubation et de la diarrhée par rapport à la durée de la quarantaine, s'il n'avait pas existé, entre les membres de la Commission, le désaccord que nous venons de signaler. Cependant, malgré cette divergence de vues entre la majorité et la minorité, la Commission, prenant pour base le vote de la Conférence sur les questions de la durée de l'incubation et de la diarrhée prémonitoire, propose que *la quarantaine de rigueur applicable aux personnes venant d'un lieu contaminé soit fixée, en règle générale, à dix jours pleins, et que cette quarantaine commence, pour les personnes, du moment de leur entrée au lazaret. Que si pendant le cours de la quarantaine il se produisait parmi elles des cas de choléra ou de diarrhée cholérique, les personnes saines, après la séparation des malades, devraient recommencer la quarantaine de dix jours pleins. (Voté à l'unanimité, moins M. Pélikan qui propose 15 jours de quarantaine.)*

La Commission croit que, pour les personnes, une quarantaine de deux à trois jours plus longue que le *maximum* ordinaire de l'incubation est une garantie suffisante contre la transmission du choléra ; mais elle doit attirer l'attention sur la diarrhée cholérique qui, comme il a été dit, n'est pas toujours facile à distinguer des autres diarrhées et dont l'aptitude à transmettre la maladie est un fait très-probable. En conséquence, la Commission opine *qu'il y a lieu de considérer comme suspectes les personnes affectées de diarrhée, de les isoler des personnes bien portantes, ainsi que des malades de choléra, et de ne leur accorder la pratique, au bout de la quarantaine réglementaire, qu'à la suite de l'observation médicale constatant la nature non-cholérique de la diarrhée.*

(Adopté à l'unanimité, moins MM. Pélikan et Sawas qui pensent que l'on ne devrait donner la libre pratique aux malades de diarrhée provenant d'un lieu contaminé de choléra, qu'après leur complète guérison, excepté les cas chroniques déclarés tels par un certificat médical émanant du lieu de départ.)

XII.

Quarantaine applicable aux navires supposés contaminés.—N'y a-t-il pas lieu d'établir une distinction entre ceux où s'est manifesté le choléra et ceux où la maladie ne s'est pas montrée? Quelles seraient les mesures applicables dans l'un et l'autre cas? — La désinfection serait-elle toujours de rigueur? Dans le cas où un navire encombré aurait une épidémie grave de choléra à bord, n'y aurait-il pas lieu de le soumettre à des précautions exceptionnelles? — Quelles seraient ces précautions?

Il est de principe que tout navire provenant d'un lieu infecté de choléra est sujet à la quarantaine de rigueur. Dans ce cas, après la reconnaissance à l'arrivée, le navire de cette catégorie est séquestré, les passagers sont débarqués au lazaret ainsi que les marchandises sujettes à purification, et l'on procède immédiatement aux mesures de désinfection.

Ici se présente le cas de la différence à établir entre un navire arrivant d'un lieu contaminé et qui, pendant la traversée, à eu des cas de choléra à bord ou bien des cas de diarrhée cholérique, et un autre navire dont l'équipage et les passagers jouiraient d'un état de santé satisfaisant, sans qu'il y ait eu, pendant le voyage, aucun accident suspect de choléra.

Dans le premier cas, après le débarquement des passagers et le déchargement des marchandises au lazaret, le navire ancré dans un lieu isolé devrait être désinfecté par les divers moyens qui seront indiqués, en opérant par intervalles pendant toute la durée de la quarantaine. Si une épidémie grave s'est déclarée à bord et s'il y a un grand encombrement de passagers, on comprend que l'on doit user alors de mesures plus sévères et de précautions plus minutieuses. L'isolement le plus absolu, à une grande distance des autres navires, la désinfection par des agents les plus actifs, la prolongation même de la quarantaine seront employés dans ces cas exceptionnels. Dans de pareils cas, la Commission serait en outre d'avis de faire débarquer l'équipage, du moins en partie, en ne laissant à bord qu'un nombre suffisant de matelots pour exécuter les mesures de désinfection sous la garde et la direction des agents sanitaires. Nous reviendrons plus loin sur les moyens de la désinfection des navires, dans les cas ordinaires, comme dans les cas les plus graves.

Mais dans l'alternative contraire que nous avons posée, c'est-à-dire dans le cas

où un navire arriverait d'un lieu contaminé, sans avoir eu des accidents cholériques pendant la traversée et dont les conditions hygiéniques seraient satisfaisantes, faudrait-il le soumettre aux mêmes précautions que les navires à bord desquels se serait montré le choléra ? La Commission est d'avis que le traitement, dans ce cas, doit être beaucoup moins sévère, attendu que le danger est aussi relativement moins à craindre. Nous convenons que la séquestration et la durée de la quarantaine, fixée à 10 jours, doivent être les mêmes dans les deux cas ; mais nous croyons que les grands moyens de désinfection ne sont pas nécessaires et qu'il suffirait d'employer la simple purification par les agents hygiéniques ordinaires, aération, lavage etc.

Parmi les différentes catégories de navires il en est encore une qui mérite l'attention. Ce sont les navires qui transportent des marchandises et n'ont qu'un petit nombre d'hommes d'équipage, ordinairement sans passagers ou en petit nombre. Ces navires font souvent de longues traversées qui dépassent 15 et 20 jours. La Commission s'est demandé s'il n'était pas juste de les traiter avec moins de rigueur que les navires qui font une courte traversée, en admettant que leur état hygiénique ne s'y opposerait pas et qu'aucun accident cholérique ne s'y serait pas manifesté pendant le voyage. Nous sommes d'avis que, hors le cas de transport d'émigrants et d'encombrement de passagers, une si longue traversée est une garantie dont il faudrait tenir compte, et qu'il y aurait lieu d'accorder à ces navires une diminution de la durée de la quarantaine.

En conclusion, la Commission propose : *1° d'appliquer aux navires supposés contaminés la quarantaine de rigueur, fixée à 10 jours pleins à dater de l'arrivée; 2° d'admettre une différence entre les navires à bord desquels se serait manifesté le choléra ou la diarrhée cholérique, et les navires qui n'auraient pas eu d'accidents cholériques pendant la traversée : dans le premier cas seraient applicables toutes les mesures de rigueur, d'isolement et de désinfection ; dans le second cas, les navires pourraient être exemptés du déchargement des marchandises non sujettes à purification, et ne seraient soumis qu'à des mesures générales d'hygiène sans désinfection proprement dite ; 3° de soumettre à des précautions exceptionnelles les navires encombrés et à bord desquels il se serait manifesté une épidémie grave de choléra, précautions qui consisteraient à un isolement plus complet, à la désinfection par les agents les plus actifs et même à la prolongation et au redoublement, selon les cas, de la durée de la quarantaine; 4° de réduire à 5 jours la quarantaine des navires dont le voyage aurait duré 15 jours et au-dessus, sans aucun accident cholérique pendant la traversée.*

XIII.

Pour les provenances maritimes n'y a-t-il pas lieu, dans certaines conditions spécifiées, de comprendre la durée de la traversée dans le temps fixé pour la quarantaine? S'il en est ainsi, déterminer ces conditions.

Nous venons d'établir dans l'article qui précède trois classes de provenances maritimes *brutes* : 1° les navires encombrés à bord desquels il se serait déclaré une épidémie grave de choléra ; 2° ceux où il ne se serait manifesté que quelque cas de choléra confirmé ou de diarrhée cholérique ; 3° les navires où la maladie ne se serait pas montrée. Nous avons proposé pour chacune de ces classes d'arrivages des mesures plus ou moins sévères suivant le degré supposé de contamination. Pour la troisième classe nous avons dit qu'il suffisait d'une quarantaine de dix jours pleins sans déchargement de marchandises ni désinfection du navire, mais seulement des mesures générales d'hygiène. C'est à cette catégorie de navires que s'applique la question de savoir s'il n'y aurait pas lieu de comprendre la durée de la traversée dans le temps fixé pour la quarantaine.

La Commission n'a pas hésité à reconnaître que les navires qui réuniraient des conditions si avantageuses, bien que provenant d'un lieu notoirement contaminé, n'eussent le droit d'être traités différemment que ceux qui se trouveraient dans des conditions sanitaires et hygiéniques opposées, et elle a cru pouvoir admettre en principe que, sous certaines conditions déterminées, la durée de la quarantaine pourrait compter du jour du départ. Ces conditions comprendraient 1° la présence à bord d'un médecin commissionné *ad hoc* ; 2° une série de mesures applicables au point de départ des navires, pendant leur traversée et au lieu de l'arrivée. C'est ainsi que des mesures d'hygiène et de désinfection seraient pratiquées à bord des navires avant le départ ; que les hommes de l'équipage et les passagers à embarquer seraient visités d'office par un médecin qui constaterait leur bon état de santé et en excluerait ceux qui offriraient les moindres indices d'une indisposition cholérique (les personnes souffrant d'affections chroniques pourraient s'embarquer moyennant un certificat spécial du médecin) ; que les personnes embarquées ne devraient avoir de bagage que le plus strict nécessaire et que leur linge serait lavé avant l'embarquement. Les mesures à prendre pendant la traversée consisteraient à continuer les moyens de désinfection, d'aération et de lavage du navire, des effets à usage et surtout du linge sale. Le médecin du bord

veillerait à toutes ces opérations, vérifierait l'état de santé des personnes embarquées et prendrait note sur un registre des accidents de maladie qu'il aurait l'occasion d'observer, registre qu'il présenterait au lieu d'arrivée à l'autorité sanitaire. A ces conditions et lorsqu'aucun cas de choléra et de diarrhée cholérique ne se serait manifesté à bord, la Commission pense qu'il y aurait lieu de tenir compte des jours de la traversée dans le temps fixé pour la quarantaine.

Mais dans quelle mesure en tiendrait-on compte aux navires qui auraient rempli toutes ces conditions ? Quels serait alors le traitement au port d'arrivée ? C'est ici que les opinions se sont partagées.

M. Dickson a soutenu, d'une part, qu'après dix jours de traversée la libre pratique pouvait être accordée sans aucun danger pour la santé publique d'après la durée admise de l'incubation. D'autre part, MM. Maccas et Pélikan ont été d'opinion que le système de compter les jours de la traversée comme jours de quarantaine repose sur un mauvais principe, détourne de son but la quarantaine et la rend inefficace ; que les mesures de désinfection pendant la traversée ne peuvent être exécutées qu'incomplètement ; que le médecin sanitaire le plus actif et le plus consciencieux qui en serait chargé ne pourrait pas surmonter toutes les difficultés qui s'y opposent ; que les mesures prises à bord sont utiles, mais qu'on ne peut pas les assimiler à celles que la Commission a jugées nécessaires dans les lazarets. Par conséquent, ils proposent de réduire à 7 jours la quarantaine des navires qui arriveraient à leur destination en très-bonnes conditions hygiéniques après une traversée dépassant une semaine, et à 5 jours pour ceux dont la traversée aurait dépassé deux semaines ; mais cette quarantaine serait toujours de rigueur et les jours seraient comptés pleins. Entre ces deux propositions extrêmes une opinion intermédiaire s'est produite : plusieurs membres de la Commission ont pensé qu'un navire qui aurait rempli les conditions spécifiées plus haut et à bord duquel il ne se serait manifesté aucun indice de choléra pendant une traversée de neuf jours, offrait une garantie considérable contre la supposition de l'existence du germe cholérique, et que la libre pratique pouvait lui être accordée après une quarantaine d'observation de 24 heures au port d'arrivée et sous la surveillance immédiate des agents de l'autorité sanitaire qui aura ainsi le moyen de s'assurer que toutes les mesures prescrites ont été prises à bord et de constater l'absence de toute indisposition cholérique.

Les trois opinions que nous venons d'énoncer ont fait l'objet d'une longue discussion sans que nous ayons pu arriver à une entente qui nous permît de proposer à la Conférence une conclusion homogène.

La majorité de la Commission s'est prononcée de la manière suivante :

Les navires en patente brute de choléra qui auront rempli les conditions spécifiées dans le cours de cet article, pourront compter les jours de la traversée comme jours de quarantaine jusqu'à concurrence de 9 jours. Ils feront au port d'arrivée une quarantaine d'observation calculée de manière à accomplir la quarantaine règlementaire de 10 jours pleins.

Comme cependant la traversée des navires n'a pas toujours la même durée et que celle-ci peut varier de 1 à 9 jours et plus, la Commission propose l'échelle suivante comme règle à observer dans l'application de la mesure proposée :

Après	*24*	*heures de traversée*	*9*	*jours de quarantaine d'observation.*	
»	*2*	jours	*8*	»	»
»	*3*	»	*7*	»	»
»	*4*	»	*6*	»	»
»	*5*	»	*5*	»	»
»	*6*	»	*4*	»	»
»	*7*	»	*3*	»	»
»	*8*	»	*2*	»	»
»	*9*	»	*24*	*heures*	»

Pour les navires dont la traversée aurait dépassé 9 jours la quarantaine d'observation serait toujours d'au moins 24 heures.

XIV.

A partir de l'arrivée d'un navire, la quarantaine peut-elle être purgée à bord ? Dans quels cas, dans quelles limites et comment ?

Cette question se trouve résolue par tout ce que nous avons dit à propos de la quarantaine d'observation. Dans ce régime, l'équipage d'un navire et les passagers restent à bord, sauf encombrement, et la contumace compte du jour de l'arrivée. Mais il y a des cas exceptionnels où la quarantaine même de rigueur se fait à bord. Cela peut arriver dans des ports où il n'y aurait par de lazaret et où des navires seraient dans le cas de s'arrêter par suite de force majeure, par exemple d'avaries qui ne leur permettraient pas d'atteindre un port à lazaret. La quarantaine pourrait se faire aussi à bord des navires de provenance brute, mais dont l'état sanitaire et hygiénique serait satisfaisant et le nombre des passagers

très restreint. Dans tous ces cas, d'ailleurs, l'autorité sanitaire veillerait à la santé des quarantenaires et à l'exécution des mesures de désinfection indiquées. En somme, la Commission est d'avis *que la contumace peut se faire à bord des navires dans les cas de quarantaine d'observation et quelquefois de quarantaine de rigueur dans des circonstances de force majeure ; mais dans tous les cas, l'autorité sanitaire aura soin de faire éviter l'encombrement et exercera une surveillance attentive sur la santé des quarantenaires.*

XV.

Quarantaine de terre. Quelle doit être sa durée?

Le programme n'a pas posé cette question, ou du moins elle ne s'y trouve pas explicitement formulée. Il est cependant important de savoir si la quarantaine est applicable aux provenances de terre et, dans ce cas, quelle doit en être la durée. Quant ou premier point, il résulte de l'ensemble des questions traitées dans ce rapport que le principe de la quarantaine de terre est admis là où il y a possibilité de l'appliquer avec quelque chance de succès, ainsi qu'il a été dit à propos des cordons et de l'isolement. La Commission n'a donc pas à y revenir. Mais quant à la durée de la quarantaine par terre, c'est une question qu'il nous paraît nécessaire de résoudre.

Il n'est pas douteux que les provenances de mer ne soient les plus dangereuses et les plus propres à transporter la maladie à cause des foyers qui se forment à bord des navires, et que, par la raison contraire, les provenances de terre soient moins propres à transporter les germes de la maladie à cause de l'aération et de l'isolement des personnes qui voyagent, circonstance qui amoindrit les chances de la propagation de la maladie. La Commission croit que cette différence entre les provenances de mer et les provenances de terre autorise une diminution de la quarantaine en faveur de ces dernières, sauf le cas où l'épidémie sévirait dans le voisinage, et elle propose, en conséquence, *une quarantaine de 8 jours pleins pour toutes les provenances de terre, à l'exception des pèlerinages et des déplacements de troupes dont le régime serait plus sévère. Toutefois il est entendu que si les provenances de terre partaient d'un foyer rapproché d'un à trois jours de marche, la quarantaine serait de 10 jours pleins.*

XVI.

QUESTION DE LA DÉSINFECTION.

La question de la désinfection a été spécialement traitée par la Commission des mesures hygiéniques au rapport de laquelle nous nous référons. La désinfection, avons-nous dit, complète les mesures d'isolement et constitue la quarantaine de rigueur. Elle est applicable aux navires contaminés, aux hardes et effets, à certaines marchandises déterminées, aux animaux vivants.

1° De la désinfection des navires.

En parlant de la quarantaine des navires en patente brute nous avons établi que ceux à bord desquels se serait manifestée une épidémie grave de choléra ou seulement quelques cas de choléra ou de diarrhée cholérique, seraient assujétis à une désinfection rigoureuse. Cette opération est décrite dans l'Appendice du rapport des mesures hygiéniques, page 15. La désinfection doit commencer par le déchargement opéré autant que possible par l'équipage du navire, à moins que l'autorité sanitaire n'en dispose autrement dans certains cas très-graves, ceux par exemple d'une épidémie violente à bord qui exigerait le débarquement de tout l'équipage au lazaret. Le navire étant ancré dans un lieu isolé, on fait vider la sentine et on procède immédiatement à la désinfection de la cale par des fumigations de chlore ; on ouvre les écoutilles et on établit des manches et des ventilateurs pour bien aérer les parties intérieures du navire ; on emploie le lavage à grande eau et la peinture à l'huile qui complètent la désinfection. Dans le cas d'une grande épidémie à bord toutes ces mesures de désinfection seront employées plus souvent, pendant le temps de la quarantaine, et avec plus de persistance que dans les cas moins graves.

2° De la désinfection des linges, hardes et effets à usage.

Les faits que le *Rapport Général* a recueillis sur la transmission du choléra par les linges ayant servi à des cholériques *(art. XV)*, ne permet pas de douter que les germes de la maladie ne puissent être importés par ce moyen d'un lieu malade à un lieu sain. Aussi, la conclusion adoptée à ce sujet par la Conférence est que « le choléra peut être transmis par les effets à usage provenant d'un lieu infecté et » spécialement par ceux qui ont servi aux cholériques, et que même la maladie » peut être importée au loin par ces mêmes effets renfermés à l'abri du contact de » l'air libre. » En conséquence la Commission a-t-elle été unanime à admettre

la nécessité de la désinfection à faire subir aux linges, effets à usage et hardes des personnes provenant de lieux infectés de choléra.

Ces objets seront débarqués au lazaret en même temps que les personnes auxquelles ils appartiennent; avant de les livrer à la buanderie on les fera plonger dans de l'eau chargée de chlorure de chaux, on les y laissera pendant quelque temps, on les enverra ensuite à la lessive et on les fera sécher au grand air. Quant aux effets d'habillement, on les exposera au grand air pendant toute la durée de la quarantaine. Les linges, hardes et vêtements des cholériques seront traités avec toute la sévérité possible et seront même détruits par le feu toutes les fois qu'il y aura moyen de le faire et que l'autorité sanitaire le jugera nécessaire.

3° *Des marchandises susceptibles et de leur désinfection.*

L'aptitude des marchandises à transmettre le choléra n'est pas un fait jusqu'ici démontré, et le *Rapport Général* en traitant cette question importante se prononce avec beaucoup de circonspection. Que la transmission soit possible surtout par certains objets tels que les drilles, les chiffons, les peaux, éminemment aptes à s'imprégner des germes morbifiques, la chose est moins douteuse, mais il paraît certain que jamais les marchandises importées de l'Inde, soit à Suez, soit directement en Europe, n'ont transmis le choléra.

D'ailleurs la contamination des marchandises ne pourrait s'effectuer que par suite de souillures provenant des déjections des malades. Or il n'est pas à admettre que des marchandises sortant des fabriques puissent être souillées comme les linges et les hardes qui ont servi aux malades. En conséquence, la Commission pense qu'il y a lieu d'établir deux grandes divisions, l'une comprenant les marchandises sortant des fabriques et bien emballées, l'autre les chiffons, les drilles, les peaux, cuirs et autres débris animaux, ainsi que les marchandises non emballées telles que des laines brutes et autres matières semblables qui, à bord des navires provenant de lieux contaminés, seraient plus ou moins exposées au contact des passagers.

Les marchandises de la première classe, qu'on peut dire non susceptibles, seraient débarquées au lazaret, déposées dans un magasin et exposées à l'aération pendant toute la durée de la quarantaine; elles seraient ensuite livrées sans désinfection. Celles de la seconde classe, parmi lesquelles la Commission a jugé nécessaire de comprendre les vêtements confectionnés parce qu'ils sont manipulés par des ouvriers qui étant malades peuvent les souiller et les infecter, seraient soumises à la désinfection par l'aération, l'immersion dans l'eau, le lavage et les moyens chimiques, tels que les chlorures de chaux et de soude, etc., selon

la nature de la marchandise. Les lettres et les dépêches qui sont exposées à être contaminées par des attouchements de personnes malades ou affectées de diarrhée, entrent dans la catégorie des objets à désinfecter. Les substances animales et végétales en décomposition seront détruites par le feu ou jetées à la mer au large.

4° *Animaux vivants.* — La question de savoir si les animaux vivants sont aptes à contracter le choléra et à le transmettre à l'homme n'est pas résolue par la science et la Conférence a dû se prononcer sur ce point avec une prudente réserve qu'elle a exprimée par ces mots : « Il n'y a aucun fait qui établisse que » le choléra ait été importé par des animaux vivants, mais rien, au contraire, » ne peut prouver que l'enveloppe de l'animal ne puisse devenir, par des souillures, un réceptacle du germe morbifique, le transporter et le transmettre.» Prévoyant la possibilité de ce cas, la Conférence dans la seconde partie de la conclusion que nous venons de citer, ajoute « qu'il est rationnel de considérer les » animaux, dans certains cas, comme étant des objets dits susceptibles. » Conséquemment la Commission pense qu'il y a lieu de les soumettre à des mesures restrictives et de désinfection dans des circonstances dont l'appréciation dépendra des autorités sanitaires.

Conclusions. — *La désinfection consiste dans l'emploi de différents moyens propres à assainir les lieux et les objets contaminés par le germe cholérique. Ces moyens sont l'air, l'eau, le feu dans certains cas, ainsi que les substances chimiques recommandées par la science et signalées dans le Rapport des mesures hygiéniques.*

La désinfection s'applique ; 1° aux navires provenant de lieux infectés et à bord desquels se serait manifestée soit une épidémie grave de choléra, soit des cas isolés de cette maladie ou seulement des cas de diarrhée cholérique.

2° Elle s'applique aux hardes et effets à usage des cholériques ainsi que des personnes qui subissent le régime de la quarantaine de rigueur tant au lazaret qu'à bord des navires.

3° Elle s'applique en outre aux marchandises supposées contaminées telles que les drilles, les chiffons, les peaux, les cuirs, les plumes et autres débris animaux, ainsi que les laines et autres substances non emballées provenant d'un lieu infecté ou d'un navire sujet lui-même à la désinfection. Les lettres et dépêches seront enfermées dans une boite et désinfectées par le dégagement de chlore sans être percées. Quant aux marchandises en général, sortant des fabriques et bien emballées, elles sont réputées non contaminées et conséquemment non sujettes à la désinfection.

4° Enfin la désinfection s'applique aux animaux vivants par l'aération ou l'immersion dans l'eau, lorsque les autorités sanitaires le jugeront convenable.

CHAPITRE V.

DE LA PATENTE DE SANTÉ ET DE L'ARRAISONNEMENT.

La présentation de la patente de santé constitue avec l'arraisonnement ce qu'on appelle en administration sanitaire l'acte de la reconnaissance d'une provenance maritime. On peut dire qu'au point de vue de la santé publique, la patente est au navire ce que le passeport est au voyageur. Elle constate l'état sanitaire du lieu de départ et des points de relâche, et les autorités sanitaires y inscrivent, le cas échéant, les accidents de maladies sujettes à contumace survenus à bord. Comme on le voit par le simple rappel de ces circonstances, la patente de santé est un document d'une importance capitale. Aussi, le programme, en posant les différentes questions qui y ont trait, ne s'est pas arrêté sur celle de savoir s'il faut que chaque navire ait une patente ou non, question qui ne doit pas se discuter, mais il a eu soin de signaler tout ce qui, dans la pratique actuelle, en affaiblit la valeur et par conséquent la somme de garanties que doit offrir ce document qui est la base de la sécurité publique en matière sanitaire. Nous suivrons donc exactement la voie que nous trace le programme, en n'y ajoutant que quelques détails indispensables pour compléter le sujet.

XVII.

Doit-on admettre trois espèces de patentes : brute, suspecte, nette ?

Dans la pratique actuelle on désigne sous le nom de *patente brute* celle qui est délivrée dans un port où règne le choléra, sous celui de *patente nette* celle qui est délivrée dans un lieu où le choléra n'existe pas (il en est de même des autres maladies transmissibles ou contagieuses telles que la peste et la fièvre jaune). La patente suspecte est un document intermédiaire qui ne définit pas une situation, qui ne dit pas si le choléra existe ou non, mais qui laisse planer un doute sur l'état sanitaire du lieu de départ, parce que ce lieu quoique sain serait en rapports plus ou moins directs avec une localité infectée, ou bien parce que des cas d'un caractère douteux se seraient produits ainsi que d'autres circonstances analogues non définies. La Commission après avoir discuté la question de la patente suspecte croit devoir en proposer l'abandon. En effet à quoi servirait-il de maintenir une formule de

patente qui ne caractérise pas une situation réelle, mais qui est propre seulement à induire en erreur ? Si le choléra existe la patente sera *brute* : elle signalera les cas isolés qui se seront produits en indiquant leur nombre, ou bien elle dira qu'il y a épidémie si les cas de choléra sont nombreux. Si au contraire le choléra n'existe pas dans la circonscription sanitaire du lieu de départ, il n'en sera pas fait mention, et alors la patente sera *nette*. Ce sera d'ailleurs à l'autorité sanitaire du lieu d'arrivée d'appliquer le régime de la quarantaine d'observation et même de rigueur, selon le dégré du danger, à une provenance qu'elle aura des raisons fondées de croire compromettante bien que sa patente soit nette. En conclusion, la Commission propose de *supprimer la qualification de patente suspecte et de maintenir celle de patente nette et de patente brute, l'une témoignant de l'absence du choléra, l'autre attestant sa présence ainsi que le dégré de sa manifestation.*

XVIII.

A quel moment le Choléra Asiatique doit-il être mentionné sur la patente et quand cette mention doit-elle cesser?

En principe un seul cas de choléra, le premier qui se manifesterait dans une localité quelconque, doit être signalé sur la patente parce que le premier cas, lorsqu'une épidémie doit éclater, est suivi d'autres de très-près, et qu'on sait maintenant combien il importe de se précautionner contre les chances d'importation au début d'une épidémie. Si on laissait partir un ou plusieurs navires en patente nette après le premier cas ou le deuxième, qui pourrait répondre que les cas suivants n'éclateraient pas à bord, ces navires qui s'étaient trouvés avant leur départ dans les mêmes conditions de contamination que les habitants de l'endroit qu'ils auraient quitté ? Ils transporteraient ainsi les germes du choléra au lieu de l'arrivée et les propageraient au sein d'une population encore vierge et par cela même peut-être très-disposée à contracter la maladie. Il est donc de la plus haute importance que les premiers cas connus soient mentionnés sur les patentes.

Mais ici se présente une circonstance qui mérite toute l'attention. Il s'agit de bien déterminer ce que l'on doit entendre par le premier cas qui marque le début d'une épidémie de choléra. Il faut savoir distinguer un cas de choléra *nostras* d'un cas de choléra asiatique. Il est de fait que le choléra asiatique est une maladie d'importation dans nos pays. Or, si en l'absence d'une épidémie dans nos régions, il se manifestait tout à coup un ou plusieurs cas de choléra, sans qu'on pût les rattacher à un foyer de choléra asiatique, il est évident que l'on aurait affaire dans ce cas à une maladie toute différente de celle qu'il importe de signaler sur la patente. Mais au contraire si les premiers cas qui se mani-

festent dans une localité se rattachaient à une épidémie régnant aux environs ou plus loin, si en un mot il y avait crainte ou menace d'une invasion de choléra asiatique, ce serait le cas de mentionner sur la patente les premiers accidents observés. Cette distinction est nécessaire pour ne pas s'y méprendre. Une cause d'erreur dans le langage ordinaire est de confondre souvent l'expression de cas de *choléra sporadique* avec celle de *cas sporadiques de choléra*, ce qui est très-différent : la première expression dénote des cas isolés de choléra *nostras*, la seconde signale des cas isolés de choléra asiatique. Ce sont ces derniers qu'ils importe d'annoncer sur la patente lorsqu'ils se manifestent dans une ville que l'épidémie menace d'envahir.

La patente doit mentionner l'existence de l'épidémie tout le temps de sa durée, et là n'est pas la difficulté. Mais quand cessera-t-elle d'en faire mention ? Nous croyons que la patente doit, d'un bout à l'autre de l'épidémie, n'être que l'écho fidèle de la situation et reproduire les faits tels qu'ils se présentent. Ainsi au déclin du choléra, la patente reproduira le chiffre des cas jusqu'à la disparition complète de l'épidémie ; et du jour où l'on aura observé le dernier cas, elle devra porter l'annotation que depuis telle date aucun nouveau cas ne s'est produit dans la circonscription de la localité. Cette annotation servira de règle aux autorités sanitaires à l'arrivée au point de vue de la libre pratique.

La Commission s'est ici posé la question de savoir combien de temps il fallait mettre entre la cessation de l'épidémie et la libre pratique à donner aux navires munis de patente nette ? Accorder la libre pratique sur le simple énoncé d'une patente qu'il n'y a plus de choléra dans la localité du départ serait une imprudence qui pourrait avoir de fâcheuses conséquences. En effet la Commission a pensé qu'il n'est pas toujours donné de s'assurer de suite du dernier cas de choléra surtout dans une grande ville, que souvent quelques jours après les derniers cas connus il s'en produit de nouveaux, et l'on a même des exemples de reprises assez sérieuses après une courte interruption. Ces considérations nous amènent à croire qu'un terme de 15 jours est une précaution nécessaire entre la cessation de l'épidémie et la déclaration de la patente nette ; en d'autres termes, que la libre pratique ne doit être accordée à un navire provenant d'un lieu où a cessé de régner une épidémie que 15 jours après la manifestation du dernier cas de choléra.

En conclusion, la Commission est d'avis que *la patente de santé doit faire mention du choléra asiatique depuis le premier cas de sa manifestation jusqu'au dernier accident qui marque la fin de l'épidémie ; que les autorités sanitaires*

ne devront accorder la libre pratique aux provenances d'un lieu où a régné une épidémie que 15 jours après la date de sa complète disparition.

XIX

N'est-il pas d'absolue nécessité, comme garantie pour la santé publique, qu'un navire n'ait qu'une seule patente délivrée par l'autorité sanitaire du point de départ, et n'est-il pas également nécessaire que cette patente ne soit pas changée jusqu'à l'arrivée du navire à destination définitive ?

La patente fait foi de l'état sanitaire du lieu de départ et des ports de relâche ; elle signale le nombre des personnes qui se trouvent à bord, le genre de la cargaison et l'état de contumace ou de libre pratique du navire au départ. Il est donc nécessaire que ce document soit unique et il appartient à l'autorité sanitaire de le délivrer, car c'est l'autorité sanitaire qui est à même de connaître toutes ces circonstances et de les consigner sur la patente sous sa propre responsabilité. Cependant les choses ne se passent pas toujours ainsi dans la pratique actuelle, et il arrive souvent que des capitaines possèdent deux au trois patentes, l'une de l'autorité sanitaire du port, l'autre de leur consul, la troisième du consul du pays de destination. Or il est évident que cette pratique est très-dangereuse pour la santé publique, non-seulement parce que ces documents sont parfois en désaccord entre eux, mais parce que les capitaines, pour échapper dans certains cas aux mesures restrictives, peuvent surprendre la vigilance des autorités sanitaires en présentant dans un port compromis l'une des patentes qui leur est rendue avec un visa de choléra, puis successivement dans un autre point indemne la patente nette du lieu primitif de départ. De pareils abus qui sont de nature à compromettre la santé publique d'un pays, ont été commis parfois, et les Intendances Sanitaires en gardent le souvenir dans leurs registres. Il est évident qu'un seul fait de ce genre suffit en temps d'épidémie pour renverser tout le système, rendre illusoires les mesures les plus rigoureuses et propager le fléau contre lequel il serait inutile de lutter si l'on devait laisser ouverte cette porte dangereuse. Le moyen d'y remédier serait de supprimer, avec le consentement des gouvernements intéressés les patentes consulaires et de les faire remplacer par des visas que les consulats apposeraient sur les patentes délivrées par les autorités sanitaires. La Commission croit que ce moyen est propre à satisfaire à toutes les exigences légitimes.

Un autre usage également nuisible à la sécurité de la santé publique, c'est que les autorités sanitaires de certains pays échangent les patentes originaires du lieu de départ contre de nouvelles patentes qu'elles délivrent aux navires en relâche avant qu'ils n'aient atteint leur destination définitive. Elles privent ainsi les autorités sanitaires des ports de relâche subséquents du seul document qui devait leur faire connaître les conditions précédentes du voyage et l'état sanitaire du point primitif de départ. C'est là une pratique vicieuse qu'il est urgent de faire cesser. Le moyen en est très-simple : il suffit d'apposer des visas sur les patentes originaires sans les échanger contre de nouvelles patentes.

Comme complément des questions que nous venons d'examiner, relativement à la patente, la Commission s'est demandé s'il ne serait pas utile que le texte de ce document fût uniforme partout et en rapport avec les principes admis par la Conférence, s'il ne fallait peut-être pas aussi donner à la patente brute la couleur jaune pour la mieux distinguer de la patente nette dont la couleur serait le blanc? Quant au premier point, nous ne saurions mieux faire que de recommander comme modèle la patente sanitaire insérée dans les actes de la Conférence Sanitaire internationale de Paris et qui est adoptée en France et en Italie. Nous pensons aussi qu'il serait utile que le texte fût imprimé en deux langues, celle du pays d'origine et le français pour l'intelligence commune, ainsi que cela se pratique en Turquie et dans les ports russes de la Mer-Noire.

Mais pour ce qui est des couleurs jaune et blanche, nous croyons que c'est un moyen plus propre à occasionner des erreurs qu'à les prévenir par la raison qu'une patente originairement nette peut devenir brute dans le cours du voyage, et *vice-versa* si le navire compromis fait une quarantaine de rigueur dans un port à lazaret avant d'avoir atteint sa destination définitive.

En conclusion, la Commission, employant expressément les expressions du Programme, exprime l'opinion *qu'il est d'absolue nécessité, comme garantie de la santé publique, qu'un navire n'ait qu'une patente délivrée par l'autorité sanitaire du point du départ; qu'il est également nécessaire que cette patente ne soit pas changée jusqu'à l'arrivée du navire à destination définitive, et qu'en conséquence les autorités sanitaires doivent se borner à viser la patente primitive sans la remplacer par une nouvelle patente jusqu'au voyage de retour.*

La Commission propose en outre à la Conférence d'émettre le vœu *que les gouvernements qui attachent une importance particulière au maintien de la pa-*

tente consulaire veuillent bien consentir, dans l'intérêt de la santé publique, à la remplacer par un visa sur la patente délivrée par l'autorité sanitaire.

XX.

De la reconnaissance et de l'arraisonnement en temps de choléra.

L'arraisonnement est la déclaration verbale d'un capitaine sur tous les incidents du voyage qui peuvent intéresser la santé publique. En tout temps c'est un acte important, mais il acquiert une valeur plus grande en temps d'épidémie. Si le capitaine fait une déclaration contraire à la vérité, il obtient l'entrée libre et la porte est ouverte au choléra. Ce fait s'est vérifié en 1865 à Suez et à Constantinople. S'il déclare des cas de choléra pendant la traversée lors même que la patente serait nette, le navire est assujétti à la quarantaine de rigueur ; si la déclaration n'éclaire pas suffisamment l'autorité sanitaire, la provenance devient suspecte et passible de mesures restrictives. On voit par ces circonstances quelle est la valeur de l'arraisonnement en temps de choléra.

L'arraisonnement comme nous l'avons déjà dit est le complément de la patente avec laquelle il constitue l'acte de la reconnaissance d'une provenance. La libre pratique du navire en dépend de même, s'il y a lieu, que sa séquestration.

En temps de choléra, les navires en patente brute et ceux qui ont eu des accidents cholériques pendant la traversée devront se rendre dans un port à quarantaine de rigueur pour la subir. En y entrant, ils porteront sur le grand mât le pavillon de contumace, couleur *jaune* ; les navires en patente nette ou seulement sujets à la quarantaine d'observation, ont l'entrée dans tous les ports, la couleur qui les distingue avant que la libre pratique ne leur soit accordée est le *jaune* ; des navires en patente brute qui par hasard seraient entrés dans un port ordinaire, seront renvoyés par l'autorité sanitaire au port à quarantaine le plus proche sous la surveillance de gardes de santé.

Nous avons dit que de la fidélité des déclarations des capitaines dépend, surtout en temps d'épidémie, le salut d'un pays. Il s'en suit qu'une déclaration fausse, une réticence coupable, doit être sévérement punie par les lois de chaque pays. A ce propos, la Commission a relevé une lacune dans la législation ottomane. La Turquie ne possède pas un code pénal applicable aux infractions

sanitaires. La Commission aime à croire que cette lacune regrettable sera comblée dans l'intérêt de la santé publique.

Conclusion. — *L'arraisonnement est un acte de la plus haute importance en temps de choléra. Les réticences, les fausses déclarations, rendent illusoires le système restrictif le mieux combiné et compromettent la santé publique. Elles doivent être sévèrement punies par les lois de chaque pays.*

A ce propos la Commission propose à la Conférence d'émettre le vœu *que le gouvernement ottoman promulgue dans le plus bref délai un code pénal contre les infractions aux règlements sanitaires.*

Notre tâche est terminée. Nous avons démontré à quelles conditions les mesures restrictives peuvent servir de barrière contre la propagation du choléra asiatique ; nous avons esquissé un plan de lazaret non pas absolu mais indiquant les bases des établissements quarantenaires appropriés à ce but ; nous avons déterminé la nature et fixé la durée de la quarantaine applicable aux différentes provenances cholériques suivant le degré de danger qu'elles pourraient présenter, et enfin nous avons proposé des règles pour assurer toute leur valeur à la patente de santé et à l'acte de la reconnaissance des navires. Nous croyons ainsi avoir répondu à toutes les questions du Programme. C'est maintenant à la Conférence de prononcer par son vote sur les conclusions du Rapport de la Commission.

Constantinople, le 15 septembre 1866,

Les Membres de la Commission :

Salih effendi, *président*, Stenersen, *vice-président*, Dickson, Baron Hübsch, *secrétaire*, Maccas, Comte de Noidans, Pelikan, Salvatori, de Soveral, Sawas, Bartoletti, *rapporteur*.

N° 38.

SÉANCE DU 17 SEPTEMBRE 1866.

—

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 17 septembre, à midi, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa trente-huitième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. VETSERA, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur SOTTO, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria SEGOVIA, consul général, chargé d'affaires;

M. le Docteur MONLAU, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. B., délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople

Pour la Grèce :

M Kalergi, secrétaire de la Légation de S M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie.

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

M. le Docteur Sawas Efendi, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité à Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

Pour la Prusse :

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation de Prusse, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. Oluf Stenersen, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation à Constantinople ;

M le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

M.de Lallemand demande la parole pour consulter la Conférence au sujet d'une divergence d'opinions surgie au sein de la Commission chargée de la rédaction du procès-verbal qui doit résumer les travaux de la Conférence.

On se souvient, dit M. de Lallemand, que la Conférence, dans une de ses dernières séances, a procédé à la nomination d'une Commission à laquelle elle a donné un mandat tracé en termes très explicites. Elle a été chargée de préparer un énoncé, sans commentaires, des principales propositions et des conclusions des rapports adoptés par la Conférence avec renvoi aux procès-verbaux y relatifs. Cet énoncé devant servir d'acte de clôture serait précédé d'un prologue et suivi d'une conclusion ou épilogue.

M. de Lallemand, en sa qualité de Président de cette Commission, désire faire connaître à la Conférence les difficultés qu'on a rencontrées dans la stricte exécution de cette décision ; ces difficultés, croit-il, ne peuvent être tranchées que par la Conférence elle-même.

M. de Lallemand expose ce qui suit :

Dans sa première séance la Commission l'a chargé de préparer le préambule et l'épilogue de l'acte final. Entre l'un et l'autre devrait être placé l'énoncé. Chaque rapporteur a été chargé de faire le résumé de son rapport.

A une séance postérieure à laquelle assistaient six membres, la Commission se trouva en présence de deux projets différents dont chacun obtint trois voix.

M. Fauvel déclara qu'un simple énoncé des principales propositions et des conclusions des rapports, ainsi que l'avait décidé la Conférence, serait d'après l'essai qu'il en avait fait, incompréhensible sans un commentaire qui les expliquât. Il fit observer qu'un simple énoncé dépourvu de commentaire ne serait autre chose qu'un *index* qui ne donnerait qu'une idée très imparfaite des travaux de la Conférence, et par conséquent ne pourrait être convenablement intercalé dans l'acte final.

M. Monlau, de son côté, continue M. de Lallemand, a essayé l'exécution du projet en procédant d'une manière différente : Ayant conçu un procédé analyptique, il a commencé par rédiger un exposé des principales propositions et des conclusions des rapports qu'il a reliées entre elles par des extraits des procès-verbaux et des rapports. Son système, ont fait observer quelques membres de la Commission, présente deux inconvénients — d'abord, il prendrait beaucoup de temps, en second lieu, il serait de nature à provoquer de longues discussions. M. Segovia qui a fortement appuyé le système de M. Monlau ne partage pas cette crainte, et la considère comme non fondée.

Un troisième système, ajoute M. de Lallemand, a été proposé. Il s'agirait de faire suivre la pièce qu'il a rédigée, consistant dans le prologue et dans l'épilogue, de questions et des réponses telles qu'elles sont énoncées dans les rapports adoptés par la Conférence.

Telle est, dit M. de Lallemand, la situation et telle est la dissidence surgie au sein de la Commission. M. de Lallemand prie la Conférence de vouloir prendre connaissance des différents essais et de se prononcer à ce sujet.

A cet effet, il donne lecture du préambule et de l'épilogue qu'il a préparés.

M. Monlau donne aussi lecture de son essai. Ce n'est, dit-il, qu'un résumé, un extrait très fidèle du rapport sur les mesures hygièniques. Il s'est chargé de faire ce résumé, ayant été décidé en Commission que chaque rapporteur ferait l'extrait de son rapport. Il s'est tenu strictement au sens et à la lettre même du rapport, de sorte que son résumé pourrait à la rigueur trouver place entre le préambule et la conclusion rédigés par M. de Lallemand. Ce système, selon M. Monlau, ne pourrait donner lieu à aucune contestation étant tout à fait conforme à la décision de la Conférence.

M. Fauvel fait quelques observations dans le but de faire ressortir les avantages et les inconvénients des différents systèmes qu'on a essayés.

Il rappelle tout d'abord que la Conférence a décidé de ne faire que l'énoncé strict des principales propositions et des conclusions émises dans les rapports. Pour sa part il a essayé de procéder de la sorte mais sans résultat satisfaisant. Il a pu se convaincre qu'il n'y a pas moyen d'avoir le sens exact des conclusions sans avoir sous les yeux le texte. L'énoncé seul des conclusions et des propositions ne serait autre chose qu'une table de matières qui ne pourrait guère répondre aux vues de la Conférence ni éclaircir le public ou les gouvernements sur la nature de ses travaux. Pour cela,fait observer M. Fauvel, un résumé analyptique complet serait nécessaire, mais ce serait un travail considérable que les circonstances ne permettent plus d'entreprendre.

M. Monlau a essayé, dit M. Fauvel, quelque chose d'intermédiaire. Il a fait un résumé de son rapport en y empruntant des phrases détachées. Ce résumé incomplet ne pourrait, selon M. Fauvel, atteindre le but. Il serait plus que l'énoncé et serait moins qu'un acte de clôture appelé à donner une juste idée des travaux de la Conférence. En outre, selon M. Fauvel, le système de M. Monlau est de nature à soulever des discussions interminables, à en juger par le préambule seul de M. Monlau qui est sujet à beaucoup de contestations.

M. Fauvel considère comme excellent l'exposé fait par M.de Lallemand, sauf quelques légères modifications à y apporter. A cet exposé, pense-t-il, *devrait être annexé comme document* le relevé pur et simple des conclusions adoptées par la Conférence, avec les votes sur chacune d'elles et l'indication des procès-verbaux où la question a été débattue. Ce relevé n'aurait pas pour but de donner une idée complète des travaux de la Conférence, car pour cela il serait indispensable de lire et les procès-verbaux et les rapports, mais il servirait d'indication utile.

A la suite de ces éclaircissements et de ces explications qui donnent lieu à une conversation entre plusieurs membres, particulièrement entre MM. Salem bey, Segovia, Goodeve, Fauvel, Monlau, de Lallemand, S. Exc. le Président consulte la Conférence et l'invite à se prononcer sur la méthode qu'elle entend adopter pour l'exécution de l'acte de clôture.

Après une longue discussion, la Conférence adopte à la majorité de 18 voix contre deux abstentions (Segovia et Monlau) la formule suivante :

La Conférence, au sujet de la question qui lui a été soumise par le Président de sa Commission, décide que l'acte de clôture consistera dans le texte lu par M. le C^te^ de Lallemand, auquel sera annexé un énoncé des conclusions adoptées par la Conférence avec le renvoi aux procès verbaux et l'indication des votes.

La Conférence passe à l'ordre du jour qui est la discussion du *rapport sur les mesures quarantenaires.*

La parole est à M. Bartoletti rapporteur qui donne lecture du rapport jusqu'au 2^me^ chapitre, à page 8.

M. Mühlig demande à faire quelques observations.

Dans le premier chapitre, dit-il, la Commission a énoncé les bases sur lesquelles elle veut fonder son système quarantenaire. Bien que M. Mühlig diffère sur quelques points de la Commission, il votera le chapitre, mais il entend signaler les points de divergence. La Commission, pense-t-il, aurait dû prendre en sérieuse considération les objections qui portent sur la valeur et l'efficacité des quarantaines. Ces objections faisant connaître les écueils qu'il importe d'éviter, méritent de fixer l'attention. La Commission, d'après M. Mühlig, n'a pas assez apprécié la grande difficulté qu'il y a de bien constater les diarrhées, constatation qui est aujourd'hui considérée d'une grande importance. Elle s'est bornée à dire qu'elles seront attentivement surveillées, mais jusqu'à quel point cette surveillance est-elle possible en pratique? Il y a un autre point qu'il doit relever au besoin, dit le rapport, les diarrhéïques seront soumis au même régime que les cholériques. M.Mühlig trouve que l'expression *au besoin* est déplacée. Cette diarrhée, d'après lui, doit toujours, et, non pas en cas de besoin, être soumise au même régime que le choléra confirmé. A ce propos il relève une autre expression inexacte du rapport. Il y est dit que la diarrhée est la première manifestation du choléra, M. Mühlig, au contraire, la considère comme en étant souvent l'unique manifestation.

Les moyens et les mesures restrictives, dit M. Mühlig, pourront être efficaces, si les grandes difficultés qu'elles rencontreraient en pratique sont dûment appréciées et vaincues.

M. Monlau de son côté croit que la Commission a bien fait de recommander les mesures quarantenaires, mais elle aurait dû, selon lui, tenir en plus grand compte les objections qu'on leur oppose surtout celles de Griesinger qui sont très fondées. La Commission, il est vrai, les a signalées

dans son rapport, mais elle ne les a pas réfutées, et elle n'en a donné aucune réponse. Ces objections cependant sont de nature à réduire grandement la valeur des mesures quarantenaires et c'est pour cette raison, fait observer M. Monlau, qu'il s'est appesanti sur les mesures d'hygiène dont le concours et l'action sont indispensables tant pour prévenir le mal que pour l'arrêter dans ses progrès. Les mesures hygièniques, dit-il, sont d'une action permanente et leur efficacité est générale. Les objections de Griesinger sont d'un grand poids, elles sont réelles et la Conférence ne doit pas les méconnaître. Toutefois les difficultés ou les inconvénients pratiques ne doivent d'aucune façon détourner les esprits du système quarantenaire. Mais pour que les quarantaines soient efficaces il faut qu'elles soient bien faites, ce qui est très-difficile, et il faut les renforcer par des mesures hygièniques, alors seulement, il faut bien le reconnaître, elles pourront être utiles, malgré les difficultés qu'on rencontre dans leur application.

M. Monlau ajoute que le rapport aurait dû faire comprendre que l'édifice d'un nouveau système de prophylaxie repose sur les principes admis par la Conférence sur la transmissibilité du choléra, et ces principes établissent qu'il faut combattre le mal dans son berceau. Mais il faut, selon M. Monlau, énoncer tout cela avec réserve, car ce qui est admis aujourd'hui peut ne pas l'être toujours. La doctrine de la transmissibilité proclamée par la Conférence, n'est pas encore la doctrine de tout le monde, et on n'a pas encore tout à fait renoncé aux idées qui avaient cours jusqu'à ces derniers temps. Ces idées pourront un jour ou l'autre prédominer de nouveau, et être soutenues par quelque école.

M. Sawas n'est pas de l'avis de M. Monlau. Il croit, au contraire, que la Commission a suffisamment réfuté les objections tant de Griesinger que des autres. Mais elle a été d'accord avec elle-même et avec les principes posés par la Conférence qui a passé outre à ces objections : car elle n'aurait pas pu les accepter sans saper les bases de son système quarantenaire, système qui repose sur la certitude de l'efficacité des quarantaines. Qu'on ajoute à cela, dit M. Sawas, que tant M. Mühlig que M. Monlau ont déclaré que ces objections ne sont pas de nature à détourner du système quarantenaire. C'est, pense-t-il, la meilleure réfutation qu'on puisse faire à ces objections.

La Commission, conclut M. Sawas, a été fidèle aux bases posées par la

Conférence. La discussion, par conséquent, n'étant pas possible, il propose de mettre aux voix le premier chapitre.

M. Fauvel fait remarquer que les questions qui ont trait aux bases du système quarantenaire ont été longuement discutées en d'autres occasions, et la Conférence a émis sur ce point des opinions très catégorigues. La Commission n'avait pas à revenir dans son rapport, quoiqu'en dise M. Monlau, sur les opiniens de M. Griesinger. M. Fauvel comprend très bien que M. Mühlig veuille y revenir. Il a dès le commencement professé une opinion contraire à celle de la majorité relativement à la durée de la diarrhée cholérique, et il tient à la faire valoir en toute occasion. M. Fauvel ne conteste pas la difficulté de reconnaître toujours l'existence des cas de diarrhée à bord d'un navire, mais il croit que les cas de cette nature qui pourraient être dissimulés ne sont pas aussi dangereux qu'on serait tenté de le supposer, si la pratique n'est accordée qu'après les précautions voulues. D'abord ces diarrhées se déclarent d'ordinaire pendant les premiers jours de la traversée et d'ordinaire aussi elles guérissent rapidement ou aboutissent au choléra confirmé et en supposant qu'un cas rare de diarrhée tardive échappe à l'examen, la chance que ce cas propage le choléra serait réduite à bien peu de chose si toutes les autres causes de compromission avaient été supprimées. Malheureusement on ne fera jamais qu'un système quarantenaire ait une efficacité absolue, parce qu'en fait on n'évitera jamais les compromissions d'une manière absolue. Mais on peut arriver par des précautions convenables à réduire les chances de compromission à un minimum qui laisse de grandes garanties d'efficacité. La possibilité qu'une diarrhée cholérique échappe à un examen attentif restera sans doute comme une chance très rare de compromission, et il serait à désirer qu'il n'y en eût pas d'autres, parce qu'alors on aurait peu de risques à courir.

M. Fauvel d'ailleurs est d'opinion qu'à bord des navires, où il y a un médecin sanitaire, il n'est pas aussi difficile qu'on l'imagine de constater le fait de diarrhée.

M. Sotto signale, à propos des auteurs allemands mentionnés dans le rapport, une circonstance qui n'a pas été prise en considération. On parle du rapport de la Commission bavaroise dont M. Pettenkoffer lui-même faisait partie. Mais ce rapport est en date de 1854. Or, M. Sotto croit que depuis cette époque les médecins allemands composant la Commission

bavaroise, ont acquis par expérience beaucoup de données qui à cette époque leur faisaient défaut, ce qui doit les avoir amenés à modifier considérablement leurs opinions même à l'égard du système quarantenaire. Cette supposition, d'après M. Sotto, est très fondée, puisque en 1866 dans un mémoire ou règlement publié par les autorités allemandes, parmi lesquelles figure M. Pettenkoffer, il reste démontré qu'elles sont revenues sur beaucoup de points. M. Sotto croit fermement qu'aujourd'hui les mesures restrictives sont en Allemagne considérées bien autrement qu'en 1854, et qu'elles sont presque conformes aux vues de la Conférence.

M. Goodeve désire avoir quelques explications sur une expression employée dans le rapport là où il est dit *qu'en Orient les populations sont clair-semées.* Il croit qu'il serait nécessaire d'indiquer de quelles contrées de l'Orient on entend parler, car il y a de vastes pays en Orient où les populations, loin d'être clair-semées, sont très-serrées, très-condensées.

M. Goodeve fait aussi ses réserves à propos du paragraphe à page 7, où il est dit : que les données recueillies par la Commission du troisième groupe prouvent que la balance est toute en faveur du système des quarantaines.

M. Bartoletti fait observer à M. Goodeve que la phrase qui suit celle où l'on parle des populations clair-semées de l'Orient, fait assez comprendre de quelles contrées de l'Orient on entend parler. Il est question de l'Orient par rapport à la Turquie, et vers les frontières asiatiques de l'Europe.

M Monlau fait remarquer à M. Sawas qu'il est vrai que les objections ne sont pas de nature à détourner du système quarantenaire, mais qu'il est de même prouvé qu'elles sont de nature à imposer un redoublement de surveillance et de sévérité. S'il n'est pas possible d'arriver à l'absolu, comme M. Fauvel l'a très-bien dit, il faut tâcher de s'en approcher autant que possible, il faut que tous nos soins tendent vers ce but. M. Monlau est aussi d'avis que les dangers qui résultent de la contrebande sanitaire dont M.Fauvel vient de parler sont immenses et que cette contrebande est beaucoup plus à craindre que la contrebande commerciale, laquelle peut uniquement produire des dommages matériels, tandis que la première peut causer la perte de tout un pays.

M. Mühlig déclare qu'il n'a insisté sur la difficulté de constater les diarrhées que pour signaler les écueils qu'on doit tâcher d'éviter dans notre système. Cette difficulté a été reconnue par M. Fauvel lui-même

qui ne diffère de son opinion que sur le degré du danger qui peut en résulter.

M. Sawas avoue qu'il ne trouve pas une grande différence entre les différentes opinions émises, et, il croit que le même esprit y règne. Au sujet des cordons sanitaires sa conviction est qu'ils sont plus efficaces en Europe qu'en Orient, que les mesures restrictives sont plus faciles et d'une application plus complète en Europe qu'en Orient. Cette opinion, dit M. Sawas, doit paraître à plus d'un paradoxale, cependant elle est basée sur les considérations suivantes :

1° En Europe les limites sont bien tracées et il est facile de les maintenir isolées. En outre on possède une connaissance exacte de toutes les voies et de tous les passages ;

2° Il y a des autorités spéciales, et des institutions spéciales de toute sorte pour les frontières ;

3° Les employés sont habitués à faire leur devoir et ils savent le faire ;

4° Les populations, surtout, sont civilisées et par conséquent formées à l'obéissance aux lois. Elles ne cherchent leur salut que dans l'exécution des prescriptions de ceux qui les gouvernent.

En Orient, par contre :

1° Il y a ignorance complète des routes, des défilés, des sentiers, etc., et les limites sont mal définies ;

2° Il y a absence d'institutions frontières et il n'y a presque point d'autorités frontières ;

3° Les employés sont recrutés au hasard : ils sont tous novices pour ne pas dire autre chose ;

4° Enfin des populations la plupart du temps flottantes et nomades franchissent incessamment et en grand nombre les frontières sur cent points différents. Ces populations ne se soumettent qu'à la force matérielle et n'ont pas le moindre respect pour les lois soit sanitaires soit civiles : au contraire, elles font tout leur possible pour les violer.

M. Maccas dit qu'il considère les objections faites au rapport pour la plupart réfutées, il n'entend donc nullement s'y arrêter. Cependant, il croit nécessaire de dire quelques mots sur l'observation, très-juste d'ailleurs faite par M. Sotto, à l'égard des auteurs allemands. Le rapport bavarois est de 1857, — si depuis lors l'opinion contre les quarantaines a été en Allemagne modifiée, elle ne peut pas l'avoir été au point que M. Sotto

croit. On continue à être hostile au système quarantenaire et les idées émises dans le rapport bavarois sont toujours prévalantes. Elles sont suivies par Griesinger et Pettenkoffer, qui pensent que les quarantaines, pour être de quelque utilité, doivent durer quatre semaines au moins.

Les opinions contraires au système quarantenaire ont été, dit M. Maccas, prises en sérieuse considération par la Commission qui a bien senti qu'on ne pouvait pas les négliger. La Commission aussi a reconnu autant que M. Mühlig la difficulté de constater les diarrhées, et dans la suite du rapport on verra par quels moyens on peut parvenir autant qu'il est possible de le faire, à s'assurer de l'existence de la diarrhée. Donc, conclut M. Maccas, la Commission a prévu la difficulté et a avisé aux moyens de la vaincre.

M. Bosi voudrait que là où il est dit (voir la 2me partie de la conclusion) à établir des quarantaines en accord avec les principes aujourd'hui admis sur la transmissibilité du choléra et son mode de propagation — on ajoutât admis — *par la Conférence* — ou bien qu'on supprimât le mot *aujourd'hui*. Ces principes, dit M. Bosi, ne datent pas d'aujourd'hui, ils ont été proclamés par Betti et Rosemberg à la première Conférence de Paris. Cette théorie, qu'ils admettaient en termes différents, n'a fait que gagner du terrain. Plusieurs médecins la soutenaient en Italie et ailleurs, Gianelli la professe depuis longtemps très-chaleureusement. La seule différence consiste en ceci que cette théorie laquelle jusqu'à ces derniers temps n'appartenait qu'à la minorité, appartient aujourd'hui à la majorité des médecins.

M. Sotto estime que pour dire au juste en quoi les opinions d'aujourd'hui diffèrent de celles de 1857, il faudrait comparer point par point les expériences d'aujourd'hui avec celles d'alors. Cela faisant, on trouverait qu'on a adopté des changements notables sur beaucoup de points. Pour ce qui est des quarantaines, dit M. Sotto, les auteurs allemands ont bien raison d'exiger qu'elles soient portées à quatre semaines puisque quelquefois la durée de la diarrhée est très-longue. Ceci démontre toutefois, selon M. Sotto, que les auteurs allemands commencent à croire à l'efficacité du système quarantenaire, ils exigent seulement qu'il ait la durée qu'ils croient nécessaire, donc il y a parmi eux un revirement, un changement d'idées depuis le temps du rapport bavarois.

M. Maccas insiste sur ce point, à savoir que les médecins allemands qui ont été les premiers à émettre les idées qui ont cours aujourd'hui relative-

ment à la transmissibilité du choléra, et à propos de laquelle ils ont entrepris des études de la plus grande importance servant aujourd'hui de base aux travaux de la Conférence, n'ont pas modifié d'une manière saillante leurs idées par rapport à la valeur du système quarantenaire. C'est sur ce point seulement qu'il diffère de l'opinion de M. Sotto, mais il reconnaît avec lui que sur beaucoup d'autres points il y a même en Allemagne un revirement et un changement d'idées depuis l'époque du rapport bavarois.

M. Bartoletti croit que tant le raisonnement de M. Mühlig que celui de M. Monlau, amènerait à la négation des quarantaines. Mais est-il suffisant, se demande M Bartoletti, de n'invoquer contre les quarantaines que la difficulté de constater la présence de la diarrhée? L'abolition de tout système quarantenaire n'aurait-elle pas pour résultat inévitable de favoriser la propagation du choléra?

Sur la demande de plusieurs Délégués, S. Exc. le Président met aux voix la troisième partie du 1er chapitre.

Elle est adoptée à l'unanimité, moins la réserve de M. Goodeve concernant la balance des avantages et des inconvénients des quarantaines.

M. Bartoletti donne lecture du 2me chapitre.

M. Mühlig demande à faire quelques observations :

Dans ce chapitre, dit-il, il est question de deux ordres de faits bien distincts, qui n'ont pas été suffisamment distingués dans le rapport. La conclusion se base sur deux espèces de cordons sanitaires, mais dans le texte on ne trouve pas les détails nécessaires pour établir convenablement la différence qui existe entre ces deux espèces. Cependant, fait observer M. Mühlig, la distinction du cordon en deux espèces est, au point de vue de l'efficacité et du danger, de la plus haute importance. Quand on établit un cordon, pour une population déjà infectée, les inconvénients et le danger sont beaucoup plus grands et plus à craindre que lorsqu'on établit un cordon pour une population non contaminée qu'on veut préserver d'une invasion cholérique. Dans le premier cas le ravitaillement étant très difficile, on s'expose aux risques d'une disette et pour la prévenir les personnes cernées sont très-disposées à se sauver et tendent incessamment à rompre le cordon. Cette espèce de cordon est donc, d'après M. Mühlig, la moins recommandable et la moins efficace, tandis que le cordon qui a pour but de sauvegarder, de préserver une population indemne, étant d'une application facile, les habitants eux mêmes se prêtent volontiers à

l'établir et à le maintenir, partant n'étant presque jamais violé il est aussi plus efficace. M. Mühlig trouve donc nécessaire de bien s'appesantir sur la différence de ces deux espèces de cordons, et de faire ressortir que le cordon défensif est beaucoup plus efficace et moins dangereux que l'autre. Dans l'épidémie du Grand-Duché de Mecklembourg-Schwerin en 1859, 90 à 100 localités non contaminées s'étant isolées par des cordons ont pu se maintenir indemnes. Il n'y en a eu que 9 ou 10 qui ont été éprouvées malgré cette mesure. Néanmoins il faut ajouter que plusieurs localités sont restées indemnes malgré leurs communications fréquentes avec les lieux infectés.

M. Bartoletti considère la distinction sur laquelle s'appesantit M. Mühlig comme une pure subtilité. Cette distinction n'est rien moins que pratique, et M. Bartoletti est fermement convaincu que les deux espèces de cordons sont également utiles et efficaces.

M. Sotto dit, qu'en lisant le texte on reste persuadé que la Commission, en voulant trop prouver, n'a rien prouvé. M. Sotto fait allusion à ce qui y est dit relativement à la Russie. Si on admet, fait observer M. Sotto, les chiffres du rapport, on arrive à la conclusion qu'on avait établi des cordons dans toute l'étendue de l'immense Empire russe. Peut on, se demande M. Sotto, accepter cela comme un fait réel? Est-ce seulement grâce aux cordons que le choléra a épargné beaucoup de provinces et qu'il a perdu de sa force en Russie? et n'est-il pas plus naturel d'en attribuer la diminution à d'autres causes? M Sotto ne nie pas l'utilité des cordons, il en admet l'efficacité, mais il croit qu'ils ne peuvent être bien établis que dans des pays où les populations sont clair-semées. En Autriche, faits selon lui, ils ont mal réussi. Lorsqu'on a établi le cordon en Gallicie, qui n'a abouti à rien de bon, le fléau le traversa. Etabli aussi aux confins de la Hongrie, après deux semaines, le choléra l'avait franchi, et avait gagné Vienne. Donc, conclut M. Sotto, l'efficacité du cordon dépend de beaucoup de conditions, entr'autres de celles qu'il a spécifiées. Ces conditions, croit il, ne pourront jamais se rencontrer en Russie, de sorte que les cordons établis dans l'Empire Russe ne pourraient que favoriser la propagation de la maladie.

M. Bartoletti fait remarquer à M. Sotto que ce qu'il vient de dire a été parfaitement établi dans le rapport. Dans la conclusion du 2^{me} chapitre il il est dit que, les cordons sanitaires, employés au milieu de populations nombreuses et serrées sont d'un effet incertain et souvent ils sont dange-

reux ; que par contre employés dans des localités limitées ou dans des contrées où la population est clair-semée, les cordons sont appelés à rendre de grands services, etc.

M. Bosi est aussi d'avis que la distinction de M. Mühlig n'est qu'un cercle vicieux, un jeu de mots. En général, dit-il, ce ne sont pas les pays atteints qui établissent des cordons, ils ne sont établis que dans des pas indemnes pour empêcher la pénétration de la maladie. M. Bosi croit qu'il n'existe réellement qu'une seule espèce de cordon. Il admet toutefois que ce cordon puisse être plus ou moins efficace. Or la Commission n'a pas manqué de signaler les conditions qui sont requises pour qu'il réussisse efficace.

M. Mühlig exprime son étonnement d'entendre qualifier de subtilité et de jeu de mots une distinction des plus importantes. Cette distinction M. Mühlig la considère indispensable car le cordon qu'on établirait autour d'une localité atteinte serait toujours d'une efficacité douteuse puisque la population en proie à la frayeur, voudrait se sauver et violerait le cordon—tandis qu'une population indemne qui craint l'invasion cholérique établissant le cordon d'elle-même, saura le respecter et le faire respecter. Dans ce dernier cas un cordon peut parfaitement garantir et cela est prouvé par l'expérience.

M. Bykow venant à l'appui de M. Sotto déclare que ce qu'il a dit à propos de la Russie, est très vrai. L'inefficacité des cordons, ayant été reconnue en Russie elle les a abolis peu de temps après leur établissement. Néanmoins ils ont été très-utiles dans quelques localités des gouvernements d'Orembourg, d'Astrakan où la population est peu nombreuse, où les villes, les villages et les forts se trouvent en général très-éloignés les uns des autres et sont séparés par des espaces presque déserts.

M. Bykow ajoute qu'il pourrait citer d'autres exemples, en outre de ceux cités dans le rapport, pour démontrer que parfois les cordons ont été très efficaces. M. Bykow pense que si la statistique dressée par M. de Rosemberg ne prouve d'une manière incontestable que c'est grâce aux cordons sanitaires que les épidémies de 1829 à 31 ont été moins meurtrières que celles de 1847 à 1849, elle fait du moins présumer que les cordons y ont été de quelque utilité.

Le fait qui se rapporte à Karamala, M. Bykow dit avoir aussi extrait de Lichtenstadt.

M. de Lallemand reconnaît justes les observations que M. Bykow vient de faire sur la valeur des cordons sanitaires en Russie.

M. Monlau trouve la conclusion de ce chapitre imparfaite. Elle n'énonce, d'après lui, qu'une généralité et néglige la question qu'il importait de résoudre. Cette question consiste dans la manière d'appliquer les cordons ; dans quels cas leur application est-elle nécessaire : doivent-ils être appliqués seuls ou faudra-t-il les rallier aux lazarets? En Espagne, dit M. Monlau, les cordons sont depuis 30 ans abolis, malgré cela, il y a toujours eu des populations qui les établirent volontairement mais non sans effet. En ce moment-ci, un cordon sanitaire existe à Mayorque. Il faut bien s'entendre, dit M. Monlau, sur la nature du cordon sanitaire, car beaucoup de personnes persistent à croire qu'un cordon sanitaire est toujours un cordon militaire, Commeil y a trois espèces de cordons, dont le moins efficace a toujours été le cordon pour ainsi dire vivant, il faut bien les considérer à tous les points de vue, et on doit spécifier les qualités inhérentes à chacun des trois. Cela est indispensable pour déterminer comment et en quelles circonstances ils doivent être appliqués. M. Monlau rappelle qu'il a déjà eu l'occasion de se prononcer contre les demi-mesures.

M. Fauvel pense que la distinction sur laquelle M. Mühlig a insisté a de la valeur au point de vue de l'efficacité ; cependant il croit que la Commission a dit à propos des cordons ce qui était important. M. Fauvel a déduit du discours de M. Monlau qu'il est jusqu'à un certain point partisan des cordons sanitaires, et qu'il en a une grande expérience. Quoi qu'il en soit il ne résulte pas de ce qu'il en a dit pour l'Espagne que ces cordons y aient eu un résultat avantageux. La dernière épidémie, en effet, malgré les cordons spontanément établis sur certains points, n'en a pas moins envahi presque toutes les provinces. Dans les pays où la crainte du choléra est extrême et où tandis que les uns cherchent à se sauver des lieux infectés, les autres cherchent à se défendre contre ceux-ci, l'établissement des cordons sanitaires peut faire naître des collisions dangereuses. En définitive l'utilité des cordons sanitaires est limitée à certaines conditions énoncées dans le rapport. Quant à l'opinion émise par M. Sawas qui croit que les cordons sanitaires seraient plus efficaces en Europe qu'en Orient, c'est en effet, comme il l'a dit, un paradoxe qui n'a pas besoin d'être réfuté. Les cas où, en Europe, un cordon sanitaire pourrait être appliqué avec efficacité sont en réalité très rares, tandis qu'il n'en est pas de même pour

certaines contrées de l'Orient. Ainsi, pour ne parler que de la frontière turco-persane, le passage des Kurdes d'un territoire à l'autre n'a pas les conséquences dangereuses que lui attribue M. Sawas. En réalité les Kurdes, tout en changeant de vallées, selon les besoins de leurs troupeaux, ne changent pas de pays ; ils ne voyagent pas ; ils restent dans leurs montagnes ; et c'est pour cela que le choléra, qui depuis un an règne parmi eux ne tend pas à se propager aux provinces voisines. Les Kurdes ne sont donc pas un obstacle insurmontable à l'établissement d'un cordon sanitaire de ce côté, en s'en tenant aux conditions indiquées dans le rapport.

M. Maccas ne nie pas l'importance de la distinction qu'on voudrait établir entre les cordons—cette distinction existe et le rapport l'a signalée Mais, dit-il, le rapport tout en indiquant les deux espèces différentes de cordons n'a voulu s'appesantir que sur le cordon qui a pour but de garantir et de préserver tout un pays. La Commission a cru que le cordon de l'autre espèce ne pourrait être que d'une application extrêmement restreinte. M. Maccas ne partage pas la crainte exprimée par M. Mühlig. Une disette, selon lui, ne serait guère possible, car il suffirait de prendre les dispositions nécessaires pour que des vivres pussent arriver dans le pays cerné.

M. Sawas croit que M. Fauvel ne l'ayant pas bien compris a fait d'une question générale une question toute particulière. M. Sawas déclare qu'il n'a pas eu l'intention de mettre en balance les avantages et les désavantages qui appartiennent à l'Europe et à l'Orient par rapport aux cordons. Il n'a fait qu'établir une question de possibilité, d'application et de facilité, et si M. Fauvel veut, dit-il, combattre son opinion, il faut qu'il prouve en thèse générale que toute mesure, toute loi trouve plus de facilité dans son application dans un milieu barbare que dans un milieu civilisé. M. Sawas étant convaincu du contraire soutient que les mesures les plus salutaires sont foulées au pied par les populations qui n'ont pas été habituées par une longue éducation au respect des lois. Pour ce qui concerne, continue M. Sawas, la frontière turco-persane, M. Fauvel a plaidé la cause des cordons. Forcé, dit-il, de laisser sans réponse cette partie du discours de son honorable collègue il doit s'abstenir de plaider le contre. Il s'est imposé la loi de ne pas descendre dans les détails de cette question, qui pourraient être désagréables et qu'il considère comme étant en dehors de la compétence de la Conférence.

M. Bartoletti tient à faire constater que dans le chapitre qu'on discute la question des cordons n'est pas traitée à fond. La Commission dans ce chapitre n'a pas voulu entrer dans tous les détails par la raison que cette même question est traitée dans d'autres chapitres.

M. Bartoletti croit, malgré tout ce qui a été dit, que M. Mühlig a donné une trop grande importance à la distinction des cordons.

M. le Président met aux voix le deuxième article du deuxième chapitre. Il est adopté à l'unanimité des voix, moins M. Goodeve qui s'est abstenu de voter.

La séance est levée à 4 heures.

Ordre du jour de la prochaine séance.

Suite de la discussion du rapport.

Le Président de la Conférence Sanitaire,

SALIH.

Les Secrétaires,

Dr NARANZI. — Bon DE COLONGUE.

N° 39.

SÉANCE DU 19 SEPTEMBRE 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 19 septembre, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa trente-neuvième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.:

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour la Belgique :

M. le C^te^ de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne;

Pour les Etats Pontificaux :

M le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. B., délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople.

Pour la Grèce :

M Kalergi, secrétaire de la Légation de S M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie.

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

Pour la Prusse :

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation de Prusse, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M le Docteur baron HÜBSCH ;

Pour la Turquie :

S. Exc. SALIH EFENDI, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur BARTOLETTI, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur SALEM BEY, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

La séance est ouverte à midi.

Le procès-verbal de la 37^{me} séance est lu par M. le B^{on} de Coilongue et adopté.

Lecture est donnée de la 3^{me} section (chapitre II) du rapport de la 2^{me} Commission du 3^{me} groupe.

M. le D^{r} Mühlig fait connaître qu'il est en mesure de produire des faits qui viennent à l'appui de la 1re conclusion, à savoir que l'isolement partout où il peut être appliqué aux premiers cas qui marquent le début d'une épidémie, est une mesure de prudence qu'aucun pays ne devrait négliger de prendre pour son salut. » Lors de l'épidémie qui a sévi en 1859 dans le Mecklembourg-Schwerim,on a procédé dans 42 localités à l'isolement des premiers cas combiné avec l'emploi de mesures de désinfection ; dans 35 de ces localités, le succès a été complet et l'épidémie ne s'est point développée, dans les 7 autres au contraire on n'a pas empêché le choléra de se répandre. Comme d'ailleurs dans 21 autres localités il n'y a pas eu développement épidémique bien que rien n'ait été fait pour isoler les premiers cas, ces faits ne sauraient évidemment être considérés comme une preuve absolue de l'efficacité des mesures d'isolement ; néanmoins ils paraissent à M. le D^{r} Mühlig démontrer l'utilité de ces mesures.

M. le D^{r} Bartoletti fait remarquer que les faits cités par M. le D^{r} Mühlig prouvent qu'il eût été facile d'augmenter le nombre de ceux qui ont été consignés dans le rapport. M. le D^{r} Bartoletti rappelle d'ailleurs que l'épidémie du Mecklenbourg est mentionnée dans le 1er chapitre du rapport.

M. le D^{r} Fauvel reproche au rapport d'être en contradiction avec les

opinions admises par la Conférence lorsqu'il dit (2me alinéa, page 11) qu'en 1865 l'épidémie ne se serait pas déclarée à Alexandrie pour de là envahir tout le bassin de la Méditerranée si des mesures de séquestration complète eussent été prises à Suez lorsque les pèlerins y ont apporté le choléra du Hedjaz. Il s'agit là, il est vrai, d'une simple supposition, mais le rapport ne doit pas supposer possible ce que la Conférence a déclaré impossible. Or, elle a nié formellement que la séquestration complète des pèlerins fût possible à Suez.

M. le Dr Sotto appuie ces observations : La Conférence s'est prononcée trop catégoriquement à cet égard pour que le passage signalé par M. le Dr Fauvel puisse être laissé tel qu'il est. Quant aux faits cités par M. le Dr Mühlig, M. le Dr Sotto ne les trouve pas suffisamment probants. Dans un pays comme le Mecklenbourg où l'on ne compte que 1,800 habitants par mille carré, où la population est clairsemée, où les villes et les villages sont rares et séparés par de grands espaces, souvent par des landes, on peut avoir recours aux mesures d'isolement et en attendre de bons résultats, mais il ne saurait en être de même dans des contrées plus peuplées où ces mêmes mesures seraient inexécutables et c'est le cas de la plupart des pays de l'Europe.

M. le Dr Mühlig constate qu'il n'a pas cherché à exagérer la portée de l'enseignement à tirer des faits observés dans le Mecklenbourg. Il n'est d'ailleurs question là que de l'isolement appliqué aux premiers cas constatés dans une localité atteinte du choléra et nullement, ce qui est bien différent, de la séquestration d'une localité tout entière.

M. le Cte de Lallemand croit qu'on lèverait toutes les objections en un seul mot. Au lieu de : admettons que des mesures de séquestration complète eussent été *prises* à Suez. on pourrait dire: eussent été *possibles* à Suez.

M. le Dr Bartoletti fait observer qu'il ne s'agit là que d'une simple supposition et que d'ailleurs, au point de vue du principe, la séquestration est toujours possible ; il déclare toutefois consentir à la modification proposée par M. le Cte de Lallemand.

M. le Dr Salem Bey rappelle que cette année on a pratiqué avec succès la séquestration des premiers pèlerins revenant de la Mecque. Une partie des pèlerins venus par la voie de mer a été retenue et isolée aux sources de Moïse. De même, la caravane qui avait apporté le choléra jusqu'à

Scharafat, à 6 stations de Suez, a d'abord été mise en quarantaine à Acaba, à 5 stations de Suez, puis, les vivres manquant sur ce point, aux sources de Moïse. On n'opérait pas, il est vrai, sur la masse entière des pèlerins, mais enfin la séquestration a été complète et le résultat obtenu vient à l'appui des conclusions du rapport. Le Dr Salem Bey pense que la séquestration partielle des pèlerins serait possible même à Suez.

M. le Dr Goodeve ajoute qu'il y a même peut-être peu de villes qui soient plus faciles à isoler que Suez en raison de sa situation géographique. Entourée de déserts, cette ville ne se trouve pour ainsi dire reliée au reste de l'Egypte que par la voie ferrée qui la met en communication avec Alexandrie.

M. le Dr Fauvel ne croit pas nécessaire d'entamer une discussion à ce sujet avec le Dr Salem Bey. Il se borne à faire remarquer que ce qui vient d'être dit par lui et par M. le Dr Goodeve, justifie les critiques adressées au rapport et la nécessité de la modification consentie par la Commission.

La 3me section modifiée est adoptée à l'unanimité.

Lecture est donnée de la 4me section (chapitre II.)

M. le Dr Sotto croit avec la Commission que l'interruption des communications est possible lorsqu'il s'agit d'étouffer le choléra dans un foyer restreint comme une maison, un établissement public et même un village; quant à recourir à un pareil moyen lorsque c'est d'une ville ou, à plus forte raison, d'un canton qu'il est question, M. le Dr Sotto ne pense pas qu'on puisse y songer. L'interruption des communications serait pour cette raison impraticable dans la plupart des contrées de l'Europe.

M. le Dr Bartoletti fait remarquer que le rapport est le premier à reconnaître que l'interruption des communications est un moyen héroïque qu'on ne peut toujours et partout appliquer. Contrairement à l'opinion émise par M. le Dr Sotto, il y a des cas où, comme cette année à Tibériade, on est parvenu à isoler un district tout entier. Cet exemple comme ceux du même genre qu'on pourrait citer se rapportent, il est vrai, à des pays peu peuplés, où les communications sont peu fréquentes entre les divers centres de population, mais ce sont là des conditions qui se présentent souvent dans diverses contrées, comme par exemple dans certaines parties de la Russie ainsi qu'en Turquie.

M. le Dr Mühlig donne son approbation à la 3me section sauf sur un point pour lequel il fait ses réserves. La Conférence qui a déclaré que l'inter-

ruption des communications était le seul moyen de préserver l'Europe lorsque le choléra existe en Egypte, ne peut admettre que ce moyen restrictif devienne, comme le dit le rapport, impraticable et illusoire lorsque la maladie s'est développée dans un grand port de commerce.

M. le Dr Goodeve observe que l'interruption des communications pourrait être appliquée à certaines contrées de l'Europe telles par exemple que l'Italie et l'Espagne et même à l'Europe tout entière par rapport à l'Amérique, tout aussi bien qu'à l'Egypte, du moment que l'on ne tient compte, comme l'a fait la Conférence pour l'Egypte, que des conditions géographiques. Partant de ce principe que bien entendu il n'admet pas, la Commission aurait dû, d'après M. le Dr Goodeve, proposer l'interruption des communications toutes les fois que la situation géographique le permet.

M. le Dr Fauvel répond que la Conférence n'a pas entendu poser un principe qui fût applicable partout ; en raisonnant comme le fait M. le Dr Goodeve, on arriverait évidemment à des conséquences impossibles. La Conférence a bien eu soin de spécifier : se fondant sur ce que l'Egypte est une sorte de défilé, de détroit d'où part un grand rayonnement, elle s'est demandée si sur un point aussi circonscrit, on ne pourrait pas momentanément interrompre les communications ; mais y a-t-il sous ce rapport la moindre analogie entre l'Egypte et des pays comme l'Espagne ou l'Italie qui, sans parler de leurs frontières de terre, présentent une immense étendue de côtes? M. le Dr Fauvel ne pense pas qu'on puisse soutenir sérieusement une pareille thèse.

M. le Dr Fauvel qui s'associe à la réserve formulée par M. le Dr Mühlig, signale d'ailleurs dans la 4me section deux expressions qui ne lui paraissent pas justes: 1° A la septième ligne, le mot *primitif* ne lui semble pas employé dans son vrai sens; 2° A la troisième ligne, le mot *impraticable* exclut le mot *illusoire ;* pour savoir si l'isolement dans certaines conditions est une mesure illusoire, il faut nécessairement qu'il ait été pratiqué.

M. le Prof. Bosi cite un fait qui vient à l'appui de la conclusion de la Commission. Le gouvernement Italien vient, par une mesure toute récente, de décréter l'isolement de Pavie et d'un certain nombre de localités où le choléra s'est déclaré. M. le Prof. Bosi donne son entière approbation à la conclusion qu'il trouve très-juste et qui lui paraît pouvoir recevoir des applications non prévues dans le rapport, comme par exemple lorsqu'il s'agit d'isoler un corps d'armée.

M. le Dr Maccas répond à M. le Dr Goodeve que la Conférence, en recommandant l'interruption des communications toutes les fois que les circonstances se prêtent à l'exécution rigoureuse de cette mesure, dit implicitement qu'il faudra recourir à ce moyen lorsque les conditions géographiques le permettront.

M. le Dr Bartoletti, répondant à M. le Dr Fauvel, explique que la Commission a entendu par *foyer primitif*, la localité d'un pays où le choléra fait sa première apparition. Pour prendre un exemple, lorsque le choléra a été importé en 1865 à Altenbourg, cette ville est devenue, par rapport à l'Allemagne, un foyer primitif où il aurait été possible d'étouffer la maladie. M. le Dr Bartoletti ajoute que cette partie du rapport était déjà terminée et imprimée lorsque la Conférence a discuté la question de l'interruption des communications entre l'Egypte et l'Europe. La Commission ne pouvait prévoir ce que déciderait la Conférence et cela explique l'espèce de contradiction qui a été signalée. Elle s'est d'ailleurs abstenue de parler de l'Egypte par la raison que l'étude des mesures spéciales à prendre à l'égard de ce pays était dévolue à la 3me Commission.

Le Dr Salem Bey approuve la réponse faite à la question qui forme le sujet de la 4me section. La Commission y est restée dans les limites du possible tandis que la Conférence s'était lancée dans la théorie lorsqu'elle a décidé que les communications pouvaient et devaient dans certains cas être interrompues entre l'Egypte et le bassin de la Méditerranée. Les considérations géographiques sur lesquelles s'appuie cette décision paraissent au Dr Salem Bey n'avoir aucune valeur et il persiste à nier que la mesure dont il s'agit soit d'une application possible dans la pratique.

M. le Dr Dickson explique qu'il a voté contre cette section parce que, sauf dans quelques cas tout-à-fait spéciaux, il considère l'interruption comme une mesure tout-à-fait impraticable.

M. le Dr Bartoletti répond qu'on a cependant cité en Commission des faits qui prouvent le contraire.

La 4me section est mise aux voix et adoptée à la majorité de 19 voix contre 2.

Ont voté pour: MM. Vetsera, Dr Sotto, Cte de Noidans, Dr Monlau, Dr Spadaro, Cte de Lallemand sous la réserve des observations présentées par MM. les Drs Mühlig et Fauvel.) M. le Dr Fauvel (sous les mêmes réserves) Kalergi, Dr Maccas, Vernoni, Prof. Bosi, Keun, Dr Millingen, Dr Mühlig, (sous les mêmes réserves que M. le Cte de Lallemand, M. le

Dr Fauvel,) Dr Pelikan, Dr Bykow, Dr Bon Hübsch, Dr Bartoletti et Dr Salem Bey.— Contre MM. les Drs Goodeve et Dickson

Il est donné lecture de la 5me section.

M. le Dr Mühlig n'a pas d'objection à faire contre la visite médicale à laquelle le rapport conseille de soumettre les émigrants avant l'embarquement, mais il doute que ce puisse être un moyen efficace de contrôler leur état de santé. Il pourrait en être ainsi s'il s'agissait d'une maladie qui se manifestât, comme la peste par exemple, par des signes extérieurs ; la visite permettrait d'empêcher l'embarquement des personnes atteintes du choléra confirmé, mais comment vérifier si un individu a ou n'a pas la diarrhée prémonitoire? M. le Dr Mühlig croit qu'on arriverait peut-être plutôt au résultat à atteindre en exigeant de chaque émigrant un certificat constatant que, depuis une semaine par exemple, il ne s'est produit dans sa santé aucun accident suspect. La note additionnelle sur les mesures d'hygiène navale applicables en temps de choléra recommandant d'interdire que les émigrants s'embarquent à bord des bâtiments qui ne sont pas disposés pour le transport des passagers, M. le Dr Mühlig se demande en finissant pourquoi le rapport ne fait pas mention de ce moyen parmi ceux qu'il conseille.

M. le Dr Fauvel reproche à la Commission de n'avoir pas assez nettement distingué entre l'émigration par terre et par mer. D'empêcher ou de restreindre l'émigration par terre, il ne peut en être question en Europe, mais pour l'émigration par mer la chose serait praticable ; M. le Dr Fauvel fait seulement jusqu'à un certain point plus de cas pour y parvenir des moyens directs. Quoi qu'on fasse, les autorités d'une localité infectée seront toujours poussées par un sentiment instinctif de conservation à favoriser l'émigration, et, d'autre part, jamais les règlements d'embarquement ne seront observés avec une rigueur suffisante. D'après M. le Dr Fauvel et il regrette que cela ne soit pas indiqué dans le rapport, on ne doit sérieusement compter pour restreindre l'émigration que sur les règlements établis par les pays qui voudront se préserver et qui dans ce but interdiront l'entrée de leurs ports à tout navire qui ne serait pas dans de bonnes conditions.

M le Dr Monlau ne trouve pas que les conclusions de la Commission soient une réponse à la question qu'elle avait à résoudre. Les mesures qu'elle conseille, bonnes en tant que mesures hygiéniques, sont illusoires envisagées comme moyen de restreindre l'émigration.

M. le Dr Bartoletti répond que la Commission, faute de mieux, s'est approprié les conclusions du rapport de la Commission chargée de l'étude des mesures d'hygiène, pensant que l'application de ces mesures pourrait jusqu'à un certain point contribuer à restreindre l'émigration. Pour ce qui est du certificat dont M. le Dr Mühlig a parlé, M. le Dr Bartoletti ne croit pas qu'il soit une garantie plus efficace que la visite médicale. L'embarquement de passagers à bord de navires marchands est enfin un cas qui se présente trop rarement aujourd'hui pour que la Commission ait jugé utile de l'interdire.

M. le Dr Sotto ne pense pas non plus qu'il y ait, au point de vue des résultats, grande différence à faire entre la visite médicale et le certificat de bonne santé. Chaud partisan de l'interruption des communications maritimes, M. le Dr Sotto n'hésite pas à déclarer que là lui paraît toujours être le véritable nœud de la question si l'on veut faire quelque chose de sérieux et d'efficace ; cependant lorsqu'il s'agit de l'Europe et tout en approuvant d'ailleurs la distinction établie par M. le Dr Fauvel, il ne croit pas plus à la possibilité de restreindre l'émigration par terre. M. le Dr Sotto votera les conclusions du rapport, mais sans croire beaucoup à l'efficacité des mesures proposées.

M. le Cte de Lallemand fait observer que la faiblesse de ces moyens tient à la difficulté même de limiter l'émigration.

M. le Prof. Bosi pense qu'on sera peut-être forcé d'arriver à réglementer l'émigration par terre pour prévenir les désordres auxquels elle donne quelquefois lieu ainsi que cela s'est vu, par exemple, en Italie l'année dernière et notamment à Ancône.

La 5me section est mise aux voix et adoptée à l'unanimité moins une voix, celle de M. le Dr Millingen qui s'abstient.

Il est donné lecture de la 6e section (chapitre III, *Lazarets*.)

M. le Dr Mühlig fait ses réserves sur deux points de cette section : 1° Il ne lui paraît pas exact de dire qu'un sol poreux et d'alluvion est susceptible de devenir un réceptacle de germes morbifiques : un sol dans ces conditions est éminemment favorable au développement épidémique du choléra, voilà ce qu'il faudrait dire. 2° Le passage où il est question des sols palustres qui sont représentés comme propres par leur nature et dans des circonstances données à activer le dégagement du principe cholérique, paraît à M. le Dr Mühlig pouvoir donner lieu à un malentendu: il se

demande si on ne pourrait pas en tirer cette conclusion que le choléra dans nos contrées peut naître spontanément dans certaines conditions.

M. le Dr Bartoletti répond que ce passage s'appuie sur l'opinion généralement accréditée que les émanations d'un sol palustre combinées avec l'importation du principe cholérique ne peuvent qu'*activer* le développement épidémique du choléra.

M. le Dr Goodeve ne connaît aucun fait qui le prouve d'une manière certaine. Il lui eût paru, pour ce motif, préférable que le rapport se fût contenté de dire qu'il faut éviter les sols palustres sans en donner la raison, et en supprimant par conséquent le reste de la phrase.

M. le Dr Maccas explique que la Commission devait conseiller d'éviter les sols palustres par cela seul qu'ils sont l'opposé des sols rocheux et granitiques reconnus par tout le monde comme étant ceux qu'on doit choisir de préférence lorsqu'il s'agit de déterminer l'emplacement d'un lazaret.

Il est donné lecture de la 7me section, mais la discussion, vû l'heure avancée, est remise à la prochaine séance.

La séance est levée à 4 h. 1/2.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Bon DE COLONGUE.— Dr NARANZI.

N° 40.

SÉANCE DU 20 SEPTEMBRE 1866.

—

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil huit-cent-soixante-six, le 20 septembre à midi, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa quarantième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A :

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour le Danemark :

M. le Ch^er^ Dumreicher, consul-général de S. M. le Roi de Danemark à Alexandrie.

Pour l'Espagne :

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. B., délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople.

Pour la Grèce :

M Kalergi, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes ;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie.

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

M. le Docteur Sawas Efendi, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité à Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

Pour la Prusse :

M. le B^n^ Testa, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation de Prusse, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur BYKOW, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. OLUF STENERSEN, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation à Constantinople ;

M le Docteur baron HÜBSCH ;

Pour la Turquie :

S. Exc. SALIH EFENDI, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur BARTOLETTI, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur SALEM BEY, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

M. le Dr Naranzi, l'un des secrétaires, donne lecture du procès-verbal de l'avant-dernière séance (n° 38—17 septembre) qui est adopté à l'unanimité.

L'ordre du jour portant la suite de la discussion du rapport de la deuxième Commission, S. Exc. le Président donne la parole à M. Bartoletti rapporteur.

M. Bartoletti rappelle qu'à la dernière séance on a donné lecture du rapport jusqu'à page 20. La discussion doit porter sur le 7me article du 3me chapitre qui a pour titre: question des lazarets.

Sur la proposition de M. Mühlig il est décidé d'entreprendre la discussion de ce chapitre paragraphe par paragraphe.

M. Monlau demande à faire quelques observations sur le 7me article.

Dans la construction des lazarets, dit il, l'hygiéniste doit avoir en vue non-seulement l'architecture de l'édifice quarantenaire mais aussi l'emplacement sur lequel il est assis. Cet emplacement, au double point de vue de l'hygiène et de l'esthétique, doit être embelli par des plantations d'arbres, par un jardin. Jusqu'à ce jour les lazarets, fait observer M.

Monlau, ont été aussi tristes que des prisons — il importe, selon lui, d'en rendre le séjour moins triste, moins ennuyeux que possible, et on peut facilement parvenir à les rendre gais et agréables, par l'adoption des plantation d'arbres, tout autour ou près de l'édifice. C'est un point très-important, et M. Monlau recommande avec instance de s'en occuper sérieusement.

M. Fauvel ne nie pas les avantages des plantations et des jardins, mais il croit qu'il serait difficile de tout concilier. Avant toute chose, dit-il, c'est la santé publique qu'il importe de bien garantir. Partant de ce principe, la Commission a signalé très-soigneusement les conditions nécessaires pour rendre les lazarets salubres. Or, les conditions qu'elle a cru spécifier, et la nature de l'emplacement qu'elle a recommandé de choisir ne peuvent pas, selon M. Fauvel, se prêter aux plantations. En effet, fait il remarquer, la Commission a établi qu'il faut avant tout donner la préférence à des îles désertes. Ces îles désertes ne pourraient être, on le comprend bien, dit M. Fauvel, que des îlots arides, rocheux, dépourvus de toute végétation. Comment donc, pourrait-on les embellir selon les vues de M. Monlau par des jardins, par des plantations d'arbres?

M. Maccas fait observer que la commission s'est bornée à énumérer et à spécifier tout ce qu'elle a cru indispensable pour un bon lazaret. Si elle n'a pas mentionné les jardins et les plantations, ce n'est pas parce qu'elle les rejette ou qu'elle les exclue comme inutiles et d'aucun avantage, mais uniquement parce qu'elle ne les considère pas d'une nécessité absolue.

M. Goodeve se prononce contre la proposition du rapport qui recommande de faire purger quarantaine sous des baraques et surtout sous des tentes. M. Goodeve est loin de voir les avantages que la Commission leur attribue, et il ne croit pas qu'elles puissent être préférables aux constructions en maçonnerie. Contrairement à ce qu'il est dit dans le rapport, M. Goodeve pense qu'en Orient surtout il serait très-dangereux de passer une saison chaude sous des tentes. M. Goodeve estime qu'il est absolument nécessaire de bâtir des maisons, ou de faire, d'après le système adopté dans les Indes pour le logement des soldats, de grandes baraques qui puissent dans des climats torrides, tel que celui de la mer Rouge, garantir de l'ardeur du soleil. Qu'on n'oublie pas, dit-il, que parmi les quarantenaires, il y aura beaucoup d'individus des contrées du Nord qui ne sont pas habitués à la force du soleil.

M. Bartoletti fait observer à M. Goodeve que les habitudes des Orientaux comportent parfaitement le campement sous des tentes. Il sait cela par expérience, s'étant trouvé dans des pays très chauds qui sont parcourus par les pèlerins. A Bagdad, par exemple, où la température est très-élevée, il a vu tous les pèlerins camper sous des tentes, ils font la même chose dans toute la Mésopotamie où ils passent de longs mois. Du côté du Hedjaz, ajoute M. Bartoletti, les pèlerins voyagent toujours en plein air, et des constructions en maçonnerie n'y existent pas. M. Bartoletti est d'avis qu'en Orient surtout le campement sous des tentes est plus facile et plus avantageux que le séjour dans des maisons. Ceux qui connaissent les habitudes des pèlerins ne peuvent point douter, dit M. Bartoletti, que le campement sous des tentes sera toujours préféré par eux

M. Salem Bey aussi est de l'opinion de la Commission. Les pèlerins dit-il, préfèrent camper sous des tentes, c'est dans leurs habitudes qui ne se prêtent guère à la vie en commun. Ces tentes, surtout celles qui appartiennent aux riches et à la classe aisée offrent toutes les conditions voulues pour se garantir du soleil.

M. Bykow croit que les observations de M. Goodeve sont en opposition avec ce qui se pratique aux Indes. En temps d'épidémie, dit-il on fait évacuer les casernes et on dresse des tentes pour y faire camper les soldats. Donc, là aussi on donne la préférence aux tentes.

M. Goodeve avoue que cela se pratique dans les Indes, mais pour la raison qu'étant obligés de faire évacuer les casernes pour les purifier, et les soldats devant changer de campement tous les deux ou trois jours — il n'y a d'autre moyen que de dresser des tentes pour les abriter. On conçoit, dit M. Goodeve, qu'il serait matériellement impossible d'improviser du jour au lendemain des constructions en maçonnerie ou en bois pour y faire loger les soldats dès qu'ils quittent les casernes. C'est donc une nécessité qui ne peut guère servir de règle ou de loi.

M. Sawas revient sur la proposition de M. Monlau pour appeler toute l'attention de la Conférence sur le sort des quarantenaires. Il connaît par expérience le séjour des lazarets, il a eu maintes occasions de voir de près leur tristesse, et l'ennui, les privations auxquelles les contumaces sont condamnés, pendant leur long séjour dans ces habitations plus tristes que des prisons, et il considère de la plus haute importance de changer de système en recommandant à la sollicitude des Gouvernements ceux qui sont obligés

de purger quarantaine. On sait par expérience, dit M. Sawas, et les journaux nous ont plusieurs fois renseignés sur l'état désolant des lazarets des pays qui l'année passée avaient réussi, grâce à des mesures sévères, à se préserver du choléra. Soulager les reclus d'un lazaret, les malades et les convalescents est une tâche, dit M. Sawas, de haute humanité et digne de préoccuper une assemblée essentiellement humanitaire telle que la nôtre. Quant à la question des jardins, M. Sawas ne la trouve point au-dessous du décorum de la Conférence ni sans importance et quant à la difficulté de les établir il ne la considère pas comme insurmontable, exemple le jardin public de Malte.

Après ces observations, l'article 7, jusqu'au premier paragraphe, est mis aux voix et adopté à l'unanimité, sous le bénéfice des réserves faites par MM. Monlau et Goodeve.

A propos du 1er paragraphe M. Fauvel désire savoir si la Commission a eu la pensée de tracer un plan d'architecture, une espèce de type pour la construction des lazarets. D'après la description qu'elle en donne, et les détails dans lesquels elle descend, il paraîtrait que telle a été son idée. Elle fixe à quatre parties ou compartiments la division des maisons, elle énumère les fenêtres, et détermine la distance qui doit séparer chaque pavillon. Tout cela ferait croire, dit-il, qu'elle a voulu présenter un type, car si telle n'a pas été son idée elle aurait excédé en détail. Pourquoi quatre compartiments et pas plus ? pourquoi 20 mètres de distance entre chaque pavillon, et 100 mètres entre chaque rangée de pavillons ? Quelle est la raison de tout cela, se demande M. Fauvel, et quel est le système de la Commission ? M. Fauvel estime que la Commission aurait dû se borner à poser des principes, en laissant aux architectes le soin de donner à l'édifice la meilleure distribution possible.

M. Bartoletti répond à M. Fauvel que la Commission a pris pour point de départ le minimum fixé par la Conférence comme distance pour le logement des quarantenaires (voir à page 29 du rapport-général, 13me paragraphe.) La Commission n'a pas eu la prétention de proposer un type, et elle s'est contentée d'indiquer certaines conditions indispensables. Si elle a parlé de quatre compartiments, elle n'a pas exclu qu'il puisse y en avoir davantage si cela est nécessaire. Elle a cru que quatre compartiments étaient nécessaires pour bien séparer et isoler les différentes catégories des quarantaines d'abord en petits groupes et ensuite pour séparer

en groupes plus grands les malades de différentes catégories provenant des différents groupes.

M. Maccas à l'effet de faire ressortir l'idée principale qui a guidé la Commission dans le plan qu'elle a tracé ajoute quelques mots aux explications données par M. Bartoletti. Ce plan n'a pas été proposé comme un type, et la Commission n'a eu d'autre intention que de donner un exemple de construction devant servir de lazaret. La Commission en posant les bases de l'édifice quarantenaire a eu principalement en vue la complète séparation des provenances—séparation qui ne pourrait offrir de garanties bien sérieuses si on négligeait de laisser entre les différentes catégories des provenances des espaces suffisants pour que la maladie ne puisse en aucun cas se propager de groupe à groupe.Voilà dit M. Maccas, dans quel but ont été établies les principales divisions. Vingt mètres, selon la Commission, peuvent parfaitement garantir les petits groupes.

M. Goodeve demande si ces divisions seront maintenues par des grilles ou par toute autre barrière solide.

M. Maccas dit que la Commission a cru que des gardes *ad hoc* qui seront obligés de suivre partout et toujours les quarantenaires pourront prévenir toute communication entre les différentes provenances.

M. Fauvel fait remarquer qu'en pareilles circonstances la surveillance des gardes ne pourrait pas offrir de garanties suffisantes. M. Fauvel conseille d'établir des séparations solides et en même temps agréables.

M. Goodeve fait une autre remarque. Il serait d'après lui important et nécessaire d'indiquer combien de pieds de superficie on donnerait à chaque quarantenaire.

M. Fauvel aussi trouve nécessaire cette indication et propose de fixer un minimum cube de superficie pour chaque quarantenaire.

M. Maccas croit que l'hygiène a déjà établi combien de pieds de superficie sont nécessaires à chaque quarantenaire; et on leur en donnera le maximum.

Sur la proposition de M. Goodeve, appuyée par M. Dickson et Fauvel, il est décidé de fixer le minimum de la superficie pour chaque quarantenaire à 10 pieds carrés, avec 15 pieds de hauteur. Chacun d'eux aurait par conséquent, 1,500 pieds cubes.

Le premier paragraphe est mis aux voix et adopté à l'unanimité, sous le bénéfice des réserves faites.

M. Mühlig demande à faire quelques observations sur le second paragraphe L'hôpital, il est dit dans le rapport, serait divisé en deux compartiments dont l'un devant servir aux cholériques, l'autre aux malades affectés de simple diarrhée.

M. Mühlig est d'avis qu'outre l'hôpital pour les cholériques, on devrait établir dans l'enceinte du lazaret mais loin de ce logement un hôpital d'observation. Il serait imprudent, pense-t-il, de consigner dans l'hôpital des cholériques, sur un simple soupçon, un malade dont la diarrhée cholérique n'a pas été bien constatée. Cela ne pourrait qu'être bien dangereux pour lui, et il serait prudent de le tenir à part et sous observation jusqu'à ce que la diarrhée soit bien constatée.

A cela M. Bartoletti répond que le rapport a déjà fixé que l'hôpital doit avoir deux compartiments — l'un pour le choléra confirmé; l'autre pour les diarrhées. Si la diarrhée, fait-il remarquer, a été dûment constatée on transportera immédiatement le malade dans le compartiment des cholériques.

M. Mühlig fait observer qu'il est probable qu'il ne sera pas toujours possible de constater d'emblée la présence d'une diarrhée parmi les quarantenaires, qui tâcheront de la dissimuler. Il faudrait donc pour les individus soupçonnés d'avoir la diarrhée un endroit spécial où ils seraient soumis à une observation médicale plus attentive. Ils ne seraient dès lors envoyés à l'hôpital des cholériques ou des diarrhéïques qu'après avoir acquis la certitude que la diarrhée soupçonnée existe réellement. Si d'un côté, dit M. Mühlig, il est dangereux de laisser parmi les quarantenaires des personnes sur lesquelles plane le soupçon de la maladie, il serait de l'autre côté cruel de les envoyer sur un simple soupçon, au milieu d'un foyer cholérique. C'est pour cette raison, qu'il a proposé un hôpital d'observation dans l'enceinte du lazaret et loin de l'hôpital des cholériques.

M. Goodeve fait aussi voir qu'il y aurait nécessité absolue d'établir loin de l'hôpital des cholériques, un hôpital pour les convalescents. Ceux qui commencent à se remettre de leur maladie ne pourraient pas sans danger continuer à vivre parmi des cholériques. Il faudrait aussi ériger un autre hôpital pour toutes les autres maladies infectieuses.

Selon M. Maccas, les observations faites par M. Mühlig et Goodeve se trouvent réfutées dans le texte du rapport. L'hôpital, il y est dit, doit avoir

deux compartiments principaux, mais il y aura aussi, selon le rapport, plusieurs pavillons séparés. La Commission, fait observer M. Maccas, a signalé le point le plus important, à savoir la séparation des cholériques d'avec les non-cholériques. Elle a cru superflu d'en dire davantage.

M. Bykow propose de faire trois compartiments principaux : 1° pour les cholériques ; 2° pour les diarrhéïques ; 3° pour toute autre maladie : les diarrhées douteuses pourraient être tenues en observation dans un endroit séparé du dernier compartiment.

M. Mühlig fait remarquer que vouloir séparer un seul édifice en plusieurs compartiments n'atteint pas le but de la Conférence, car ce serait toujours dans un seul et même édifice qu'on placerait toute sorte de malades. Or, il est nécessaire que les malades non cholériques soient séparés autant que possible des cholériques, et qu'ils ne vivent pas dans leur atmosphère. Cette séparation, d'après M. Mühlig, ne pourrait jamais s'obtenir par de simples cloisons.

M. Dickson ne croit pas qu'un hôpital pour les convalescents soit indispensable, parce qu'ils pourraient, sans aucun danger, être placés dans une des maisons attachées à l'hôpital. Pour M. Dickson le point le plus important consiste à établir, deux hôpitaux distincts — l'un pour les cholériques — et l'autre pour les non-cholériques.

S. Exc. le Président met aux voix le deuxième paragraphe. Il est adopté à l'unanimité, sauf les réserves faites.

Les paragraphes 3 et 4 sont adoptés à l'unanimité.

Au sujet du 5^{me} paragraphe où il est dit que le prix des logements des trois catégories sera fixé par un règlement et sera différent selon les différentes catégories, M. Goodeve fait remarquer que très souvent parmi les quarantenaires se trouvent des individus tout-à-fait indigents. N'ayant pas le sou, comment pourraient-ils payer ? M. Goodeve propose de destiner à cette classe d'individus une partie des baraques, et de les y loger sans exiger aucun payement.

En outre, dit M. Goodeve, si on veut fixer trois prix différents, il faudrait aussi établir des logements bien différents et en harmonie avec la dépense.

M. Monlau appuie la proposition de M. Goodeve au sujet des pauvres. Il ajoute que pour établir trois classes de personnes, dont il a été question, il faudrait que cette distinction en trois classes portât aussi sur les trois

catégories des quarantenaires dont chacune sera tenue séparée des autres.

M. Bartoletti, en réponse à M. Goodeve, dit qu'il est sous-entendu que les logements seront plus ou moins luxueux et en rapport avec les prix fixés. Ces trois classes de logements resteront les mêmes pour toutes les classes des quarantenaires.

M. Kalergi serait d'avis de supprimer ce paragraphe. Comme ce n'est pas l'hygiène, dit-il, qui exige les trois classes de logements et que cela dépendra des autorités ou des gouvernements qui présideront à l'érection de ces logements, la Conférence n'a rien à établir là dessus, et cette question échappe à sa compétence.

M. Dumreicher croit que l'on devrait se limiter à fixer le maximum de la dépense pour chaque quarantenaire ayant en vue l'espace et les commodités indispensables qu'on lui offrirait. Pour les riches ou les personnes aisées qui voudraient s'entourer de luxe ou de beaucoup de commodités, dans les limites bien entendu des moyens de la localité, il devrait y avoir un tarif à part, qui fixerait le surplus à payer pour les objets extra qu'on voudrait se procurer.

M. Sawas désire qu'on exprime d'une manière très-accentuée que les indigents seront hébergés gratis.

M. le Président met aux voix le 5^{me} paragraphe. Il est adopté à l'unanimité des voix, sous le bénéfice des réserves faites, moins une abstention — celle de M. de Dumreicher.

M. Fauvel demande une explication sur le 6^{me} paragraphe. Il voudrait savoir au juste ce que la Commission a entendu par le mot hôtellerie. Serait-ce une auberge, un restaurant où l'on va manger, boire et s'installer? il ne le pense pas, car ce serait exposer les quarantenaires, qu'on a le plus grand intérêt à tenir séparés et isolés, à des dangers très-grands. Ces dangers devraient inévitablement résulter de la fréquence des rapports entre les quarantenaires des différentes catégories. On sait qu'à Pesth les communications de ce genre ont été le grand moyen de compromission. M. Fauvel comprend qu'il y ait un magasin, un établissement pourvu de vivres et d'approvisionnements où chaque quarantenaire puisse acheter sa nourriture. Mais dans ce cas, il ne serait pas question d'hôtellerie: cet établissement serait de la nature de ceux qu'on appelle cantine. D'après M. Fauvel, l'entrée de l'hôtellerie devrait être interdite à tout quarantenaire.

M. Sawas croit que le rapport n'a pas manqué de donner la définition du mot hôtellerie, et la Commission d'après lui, s'est très-nettement expliquée à ce sujet. C'est un établissement, qu'on l'appelle hôtellerie ou cantine, le mot importe peu, dit M. Sawas, où les quarantenaires trouveront par rapport à la nourriture, tout ce qu'il leur faut. La Commission, ajoute-t-il, a eu soin de prévenir que les desservants de l'hôtellerie ne pourront dans aucun cas se mettre en communication avec les quarantenaires.

M. Bartoletti donne quelques explications à ce sujet. La Commission, dit-il, a entendu par le mot hôtellerie un établissement qui puisse fournir, préparer et servir les vivres et les mèts nécessaires aux quarantenaires. Ces établissements ont de tout temps existé en Europe, où des restaurants en dehors de l'enceinte des lazarets fournissent aux quarantenaires tout ce dont ils ont besoin. Ce service se fait de manière à ce que les desservants n'aient aucune communication avec les quarantenaires. En Orient aussi des restaurants en dehors de l'enceinte du lazaret ou même des bachals ne manqueraient pas d'établir, par esprit de spéculation, des rapports indirects avec les quarantenaires.

M. Goodeve ne comprend pas que des établissements comme ceux dont vient de parler M. Bartoletti puissent fournir aux quarantenaires tout ce qu'ils désirent se procurer. Ces établissements ne pourraient au surplus établir des rapports qu'avec les quarantenaires aisés, mais pour les pauvres qui se trouveraient dans l'impossibilité d'établir des communications en dehors du lazaret il y a nécessité absolue de leur procurer moyennant des magasins ou bazars établis dans l'intérieur même de l'enceinte du lazaret, les vivres et la nourriture qui leur sont nécessaires. En outre, M. Goodeve a appris et aux Dardanelles et ailleurs qu'il y a très souvent dans les lazarets de l'Orient des individus qui n'ont pas les moyens de pourvoir à leur nourriture. Il serait donc nécessaire, pense-t-il, pour qu'ils ne soient pas à la charge des autres quarantenaires, que le strict nécessaire leur fût fourni par le gouvernement.

On a tantôt reproché à la Commission, dit M. Bartoletti, d'avoir voulu faire trop de détails et maintenant on trouve qu'elle n'a pas assez dit. La Commission, sachant que tout ce qu'on pourrait ajouter est du ressort et de la compétence des gouvernements, n'a pas voulu descendre, dans son rapport, dans des détails superflus.

M. Maccas croit que la crainte exprimée par M. Fauvel au sujet des communications qui pourraient s'établir entre les quarantenaires et les desservants de l'hôtel n'est pas possible, vu que dans le rapport toute communication entre eux est sévèrement interdite.

Quant aux bazars, dit M. Maccas, proposés par M. Goodeve, c'est un détail qui ne pourrait guère préoccuper la Commission, étant uniquement l'affaire des commerçants de les établir, s'ils y trouvent leur compte, et cela en vertu d'une autorisation spéciale de la part du gouvernement local, qui aurait tout intérêt à l'accorder pour pourvoir à la nourriture des pauvres.

M. Goodeve fait observer à M. Maccas que le devoir de la Conférence est de rechercher tous les moyens capables de rendre les lazarets un séjour aussi commode et aussi agréable que possible. Elle doit donc soigneusement écarter tous les éléments nuisibles. Livrer ces établissements à l'esprit du commerce serait, selon M. Goodeve, exposer les pauvres à une dure condition. Le lazaret qui sera établi à Bal-el-Mandeb et qui sera en grande partie occupé par des pauvres et des indigents qui voudront probablement faire cuire dans le vase dont ils sont tous pourvus les vivres qu'ils auront achetés à bas prix, ne comporte pas le système qu'on recommande.

D'après M. Bykow il suffirait de dire que le lazaret sera pourvu de vivres, et que les quarantenaires n'entreront pas en communication avec ceux qui les débitent.

M. Mühlig aussi se prononce dans ce sens. Il importe grandement, dit-il, d'exclure les bazars de l'enceinte des lazarets, car les dangers seraient nombreux et incessants. Que l'on établisse des magasins fournis de vivres pour toutes les classes de quarantenaires en dehors de l'enceinte du lazaret et qu'on rende celui-ci un séjour autant que possible agréable mais offrant les garanties voulues.

M. Sawas se demande si M. Goodeve dont l'idée n'est pas certes d'établir dans les lazarets un centre de commerce, mais de venir en aide aux pauvres par des bazars de vivres organisés par l'autorité locale, a pesé tous les inconvénients et les difficultés qui s'opposeraient à ce que les pauvres puissent faire leur cuisine seuls et à part. Ces difficultés sont aussi nombreuses, dit M. Sawas, dans les lazarets que dans les prisons : il n'y a donc pas lieu de songer à donner aux pauvres les facilités voulues pour leur

cuisine. Ils n'ont qu'à oublier leur vase pendant leur séjour dans le lazaret, et qu'il leur suffise d'y trouver à bon marché les vivres strictement nécessaires.

M. Monlau croit nécessaire de déterminer aussi la qualité des vivres destinés aux quarantenaires. La nourriture dans les lazarets, selon lui, est une chose très-importante, car il y a des substances alimentaires qu'il importe d'interdire pendant une épidémie.

M. Dickson croit qu'il serait aussi nécessaire d'établir quelques mesures pour les décès qui auraient lieu dans le lazaret. Le rapport, dit-il, ne parle pas du lieu d'enterrement.

M. Stenersen considère tous ces détails comme superflus. Il fait observer à M. Monlau que si on voulait procéder d'après son système, il faudrait dire aussi si les quarantenaires doivent porter de la flanelle et autres choses pareilles.

Après quelques autres observations et explications il est décidé de mettre aux voix le sixième paragraphe.

Il est adopté à l'unanimité, sauf les réserves faites.

Le septième paragraphe est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

Au sujet du huitième paragraphe, M. Monlau signale une lacune. Il n'est pas question de la vigilance à exercer relativement aux navires en quarantaine. Cette vigilance, d'après M. Monlau, est absolument nécessaire vu la contrebande sanitaire et commerciale qui se pratique dans beaucoup de lazarets. M. Monlau n'exige pas qu'on établisse un blocus pour les navires en quarantaine, mais il croit nécessaire d'établir une vigilance sévère du côté de la mer. Le système quarantenaire, fait-il observer, s'il n'est pas rigoureux ne sert absolument à rien.

M. Bartoletti trouve très juste l'observation de M. Monlau, toutefois il la considère comme déplacée, vu qu'il ne s'agit dans ce paragraphe que de l'intérieur des lazarets.

Le huitième paragraphe est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

Le neuvième paragraphe est mis aux voix. Après une observation de M. Fauvel, qui voudrait que l'on dit qu'il faut deux débarcadères *au moins* pour chaque lazaret, il est adopté à l'unanimité.

A propos du 10^{me} paragraphe plusieurs orateurs demandent la parole.

M. Pelikan croit que les parloirs sont indispensables pour certains cas exceptionnels, pour certains cas criminels par exemple. Il se prononce

par conséquent pour le maintien des parloirs, mais il serait d'avis d'en restreindre autant que possible les visites ordinaires.

M. Monlau estime qu'il serait presque impossible de supprimer les parloirs et de défendre les visites. Il pense qu'on a exagéré les raisons qui militent en faveur de la suppression des parloirs et de la défense des visites et il opine qu'on pourrait sans inconvénients les maintenir.

M. Maccas fait connaître qu'il avait en Commission partagé l'opinion de M. Pelikan et que par erreur son nom n'a pas été mis dans le rapport à côté de celui de son collègue. Bien qu'il soit partisan, dit M. Maccas, de la plus grande sévérité en matière de quarantaine, il ne trouve pas qu'il soit possible de supprimer, d'une manière absolue, les parloirs.

M. Dickson, de son côté, déclare qu'il a été un de ceux qui avaient contesté l'utilité des parloirs qu'il considère comme très-dangereux,parce qu'il croit qu'il serait impossible de bien cerner la maladie tant qu'ils existent. Il propose donc leur suppression, et pour des cas exceptionnels, dit-il, les quarantenaires pourraient selon lui parler avec les personnes du dehors sous la surveillance de l'autorité.

M. Goodeve estime que les parloirs devraient être maintenus puisqu'ils ne pourraient à son avis présenter aucun danger si on suivait certaines règles de précaution et certaines conditions de surveillance qu'il serait aisé d'y établir.

M. Bosi se prononce dans le sens de M. Dickson dont les idées, dit-il, sont celles de la plupart des membres de la Commission. Il ajoute que la transmission pouvant se produire par les voies aériennes, toutes les précautions seraient insuffisantes dès qu'on approcherait un individu suspect. On a parlé, dit M. Bosi, de cruauté, mais il serait beaucoup plus cruel d'exposer un homme sain à contracter le choléra que de lui défendre de parler avec les personnes du dehors.

M. Sotto considère aussi les parloirs comme indispensables. Il y a, dit-il, une foule de circonstances qui les réclament et comme il ne voit pas les inconvénients qu'on leur attribue il se prononce pour leur maintien.

M. Bartoletti donne quelques explications à ce sujet.

L'idée, dit-il, qui prédomine dans cet article est l'isolement. D'après la manière de voir de la majorité de la Commission, on a conseillé la suppression des parloirs pour ne pas compromettre les visiteurs et pour ne pas favoriser la propagation du choléra.

M. Monlau vient à l'appui des paroles de M. Bartoletti. L'arraisonnement, dit-il, commence par un rapprochement entre des personnes suspectes et des personnes qui ne le sont pas. Ce rapprochement n'a jamais produit, qu'il sache, aucun inconvénient et il ne connait aucun exemple de transmission par les voies aériennes ni pour la peste, ni pour la fièvre jaune, ni pour le choléra.

M. Bartoletti fait observer à M. Monlau qu'il se prononce d'une manière trop absolue — il voudrait savoir s'il possède des documents à l'appui de son opinion.

M. Maccas rappelle que les lazarets seront établis sur une île inhabitée ou dans un endroit très distant de la ville. Donc les communications entre la ville et le lazaret ne pourront être ni fréquentes ni faciles. Pour que les parloirs, ajoute M. Maccas, aient été jusqu'à ce jour maintenus il faut qu'il y ait des raisons bien fortes en leur faveur. Qu'on réfléchisse aussi, dit il, que la transmissibilité du choléra n'est possible qu'à une distance donnée et grâce à un air confiné. Qu'on établisse donc les parloirs en plein air et que l'on détermine la distance à laquelle le quarantenaire pourra parler à la personne du dehors et alors on aura pleine et complète garantie.

M. Keun se prononce contre les parloirs. Il cite un fait qui est arrivé à Smyrne lors de la dernière épidémie cholérique. Après deux ou trois cas qui avaient eu lieu dans le lazaret, la maladie étant, deux jours plus tard, propagée en ville, l'opinion générale avait attribué cette propagation à un individu qui avait été auparavant au parloir du lazaret. M. Keun opine qu'il serait inutile et même dangereux de maintenir les parloirs.

Sur la demande de plusieurs membres, S. Exc. le Président met aux voix le 10^{me} paragraphe.

Il est adopté à l'unanimité, sauf les réserves faites.

La séance est levée à 4 1/2 heures.

Ordre du jour de la prochaine séance.

Suite et discussion du rapport de la 2^{me} Commission.

Le Président de la Conférence Sanitaire,

SALIH:

Les Secrétaires,

Dr NARANZI.— Bon DE COLONGUE.

N° 41.

SÉANCE DU 22 SEPTEMBRE 1866.

—

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 22 septembre, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa quarante-unième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.:

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires ;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. B., délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople.

Pour la Grèce :

M Kalergi, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes ;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie.

M. le professeur Frédéric Bosi ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

M. le Docteur Sawas Efendi, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité à Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation de Prusse, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. Oluf Stenersen, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation à Constantinople ;

M. le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

La séance est ouverte à midi.

Le procès-verbal de la 39^{me} séance est lu par M. le B^{on} de Collongue et adopté.

M. le D^{r} Sawas déclare que s'il avait pu assister à cette séance, il aurait voté comme MM. les D^{rs} Goodeve et Dickson contre la 4^{me} section du rapport *Interruption temporaire des communications, etc.*

La discussion est reprise au point où elle avait été interrompue à la fin de la dernière séance, c'est-à-dire au § 11 de la 7^{me} section (chapitre III.)

M. le D^{r} Bykow n'admettant pas que les animaux vivants puissent transmettre le choléra aux hommes, ne croit pas nécessaire de les soumettre à des mesures de purification, et, par conséquent, d'établir dans les lazarets des écuries et des hangars spécialement destinés à les recevoir.

M. le D^{r} Sotto trouve que le rapport n'entre pas dans assez de détails relativement aux mesures auxquelles on devra soumettre les animaux dans les lazarets. C'est là une question importante qui lui paraîtrait avoir besoin d'être éclaircie.

M. le D^{r} Millingen ne voit pas de raison pour retenir les animaux vivants du moment qu'on ne connait pas de faits qui prouvent qu'ils puissent être des agents de transmission.

M. le D^{r} Bartoletti répond qu'il ne s'agit dans le § en discussion que du local, de l'enclos, qu'il faut dans tout lazaret réserver pour les animaux vivants. La question des mesures de précaution à prendre à leur égard sera traitée ultérieurement dans un autre chapitre du rapport.

Le § 11 est mis aux voix et adopté à l'unanimité moins une voix, celle de M. le D^{r} Millingen qui vote contre.

M. le D^{r} Monlau trouve que la Commission passe trop rapidement sur

la question des latrines, question qui fait l'objet du § 12. Les lazarets devant de préférence être construits sur un terrain de plain-pied et étant donné aussi que des centaines de quarantenaires peuvent s'y trouver réunis à la fois, M. le Dr Monlau craint que l'installation des fosses mobiles ne rencontre de grandes difficultés : il lui paraîtrait préférable que chaque quarantenaire eût un vase particulier et aussi que les déjections fussent jetées à la mer plutôt que de les enterrer comme le conseille la Commission, ce qui aurait le grave inconvénient d'infecter le sol.

M. le Dr Bartoletti répond que c'est après de longues discussions que la Commission a donné la préférence au système des fosses mobiles. L'usage des vases particuliers, bon dans un hôpital, présente des difficultés dans un lazaret en raison précisément du grand nombre des quarantenaires. La neutralisation des déjections est d'autre part plus aisée et plus sûre dans les fosses mobiles préalablement chargées de matières désinfectantes. Les déjections ayant enfin été désinfectées et neutralisées, on peut sans danger les enterrer dans le sol.

Le § 12 est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

M. le Dr Mühlig ne combat pas le système des catégories (§ 13) tel que le comprend la Commission, seulement il se demande jusqu'à quel point ce système, bon en principe, pourrait être appliquable dans la pratique. Rigoureusement et en le poussant jusqu'à ses extrêmes conséquences, il faudrait séparer les arrivages de chaque jour et de chaque navire en les classant même d'après le degré de suspicion. Or, ce n'est évidemment possible que dans certaines limites. M. le Dr Mühlig est d'avis qu'on pourrait établir trois catégories, la 1re comprenant les arrivages des navires ayant ou ayant eu des malades à bord ; la 2me ceux des navires n'ayant pas eu de malades pendant le voyage, mais n'ayant fait qu'une courte traversée, par exemple de moins de 15 ou 16 jours ; la 3me enfin ceux des navires, également sans accidents à bord, mais dont le nombre des jours de traversée dépasserait le chiffre ci-dessus indiqué.

M. le Dr Bartoletti explique que la Commission n'a fait que poser les bases de la séparation par catégories. C'est aux autorités sanitaires à opérer, ainsi que de raison, cette séparation. La disposition des lazarets telle qu'elle est recommandée par la Commission leur en fournira les moyens. Le § 13 est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

M. le Dr Mühlig ne croit pas suffisant le nombre de 3 médecins pour

chaque lazaret que la Commission propose dans le 14me §. Il en faudrait au moins quatre pour avoir un remplaçant en cas d'accident.

M. le Dr Goodeve trouve que deux suffiraient au contraire dans certains lazarets d'une importance secondaire.

M. le Dr Fauvel voudrait qu'on ne fixât aucun chiffre. C'est à l'autorité sanitaire qu'il appartient de veiller à ce que chaque lazaret soit pourvu du nombre de médecins nécessaires pour que les divers services indiqués par la Conférence soient assurés.

M. le Dr Bartoletti dit que c'est ainsi que l'a entendu la Commission.

Le § 14 est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

M. le Dr Dickson appelle de nouveau l'attention de la Conférence sur la question des cimetières dans les lazarets. Il n'en est pas fait mention dans le rapport non plus que de l'emplacement à réserver pour déposer les cadavres en attendant que la sépulture leur soit donnée, et, c'est là une lacune qu'il importe de combler.

M. le Dr Bartoletti fait remarquer qu'il existe un cimetière dans tous les lazarets notamment en Turquie.

L'observation de M. le Dr Dickson qu'il doit y avoir dans chaque lazaret ou dans ses dépendances un endroit convenable destiné aux inhumations, ayant été jugée fondée, la Conférence décide que cela sera consigné dans le procès-verbal. Lecture est donnée de la 8me section.

M. le Dr Mühlig pense que bien que cela ne soit pas dit expressément, il doit être bien entendu que les lazarets d'observation devront toujours être placés à une distance convenable des habitations.

M. Stenersen rappelle que la Commission a dit une fois pour toutes (page 16) que tous les lazarets devaient être établis sur une île ou, à défaut d'une île, dans une contrée éloignée de plusieurs milles de toute habitation.

La Commission admettant, d'après le système suivi dans certains pays, trois ordres d'établissements quarantenaires, les lazarets pour la quarantaine de rigueur, les lazarets pour la quarantaine d'observation et enfin des postes dont les fonctions se borneraient à contrôler les arrivages et à viser les patentes de santé, M. le Dr Bykow, après avoir constaté qu'on ne trouve à cet égard aucune indication dans le rapport, demande quelle est l'opinion de la Commission sur les établissements de la 3me catégorie.

M. le Dr Fauvel ne conteste pas la distinction que le rapport établit entre les lazarets principaux ou de rigueur, et les lazarets d'observation,

mais il demande quelles seront les attributions des uns et des autres. Les navires qui, bien que porteurs d'une patente brute, seront mis en quarantaine d'observation et, d'après M. le Dr Fauvel, ce sera la règle générale tandis que la quarantaine de rigueur deviendra l'exception, seront-ils reçus dans les lazarets d'observation ou bien par cela seul qu'ils seront porteurs d'une patente brute devront-ils toujours forcément aller purger leur quarantaine dans un lazaret de rigueur? Un navire ne sait pas toujours à quelle espèce de quarantaine il devra être soumis, il peut même lorsqu'il n'a pas de médecin à bord ignorer qu'il ait le choléra, il pourra dès lors et si la patente ne constitue pas la règle, être exposé lorsqu'il se présentera devant un lazaret d'observation à s'en voir refuser l'entrée. L'obligation où il serait dans ce cas d'aller purger sa quarantaine dans un lazaret principal souvent éloigné pouvant être pour lui la cause d'un grave préjudice, M. le Dr Fauvel croit qu'il faut faire en sorte que de semblables erreurs ne puissent avoir lieu et, pour cette raison, il lui paraît indispensable que la question soit bien éclaircie.

M. Bartoletti répond que tout navire en patente brute devra faire quarantaine dans un lazaret principal sauf lorsqu'il y aura un médecin à bord et qu'il ne se sera déclaré aucun cas de choléra pendant la traversée. Dans ce cas la durée du voyage est déduite de celle de la quarantaine, mais c'est la seule exception à la règle. Du reste ce sont là des questions qui ne pourront être tranchées que lorsque la Conférence discutera celle de la durée des quarantaines.

M. le Dr Maccas fait remarquer que le 3me alinéa de la page 21 est la meilleure définition qu'on puisse donner des lazarets d'observation et du rôle auquel il sont destinés. Il y est dit qu'ils seront affectés à la contumace de certaines provenances en patente nette qu'il y aurait des motifs de tenir en suspicion ; cela seul prouve que les navires en patente brute n'y seront pas admis. M. le Dr Maccas dit que c'est un des principaux points sur lesquels il y avait dissidence au sein de la Commission, quelques membres voulant qu'il ne soit fait aucune exception à la règle.

M. le Dr Goodeve se demande quelle est l'utilité des lazarets d'observation du moment que la quarantaine d'observation peut se purger à bord même des navires.

M. le Dr Dickson ne comprend qu'une seule sorte de lazarets, les lazarets destinés aux navires sous patente brute. Le lazaret d'observation répond

à la patente suspecte, c'est une création imaginaire ne pouvant exister dans la réalité, ce n'est en un mot qu'une expression s'appliquant à la *provenance*, nullement à la *localité*, et servant à désigner les endroits où des navires en patente *nette* subissent une quarantaine d'observation.

M. le Dr Bartoletti répond à M. le Dr Goodeve que le lazaret d'observation est une commodité pour les passagers qui peuvent avoir des raisons de préférer purger leur contumace à terre plutôt qu'à bord. Le débarquement des passagers peut être aussi quelquefois nécessaire s'il y avait encombrement sur le navire soumis à la quarantaine.

M. le Dr Sawas trouve que les observations de M. le Dr Fauvel viennent à l'appui de la distinction que la Commission établit entre les diverses sortes de lazarets. Toutes ces questions devant, au surplus comme M. le Dr Bartoletti l'a fait remarquer, se représenter, il faudrait quant à présent s'en tenir à la lettre du rapport.

La discussion de cette partie du rapport étant, en conséquence de cette observation, ajournée, il est passé à la discussion de la 9me section dont il est donné lecture jusqu'aux conclusions exclusivement.

M. le Dr Fauvel demande ce que la Commission entend par lazaret international restreint. Il est parlé du lazaret de Kanzoë : quelle est la différence qui existe entre cet établissement et les lazarets ordinaires, y admet-on seulement les navires de la Suède, de la Russie, de la Prusse, du Mecklenbourg et du Danemark ?

M. Stenersen répond qu'un navire qui a purgé sa contumace à Kanzoë est admis à la libre pratique dans les ports de tous les états contractants. Tout navire est d'ailleurs admis, quelle que soit sa destination, à faire quarantaine à Kanzoë, seulement si cette destination n'est pas un port Russe, Prussien, Danois, Mecklenbourgeois ou Suédois, il est exposé à ce que cette quarantaine ne lui serve à rien.

M. le Dr Sawas fait remarquer qu'un établissement comme celui de Kanzoë peut rendre de grands services au commerce maritime, certains Etats refusant, contrairement à la règle établie, de tenir compte des quarantaines lorsqu'elles ont été purgées ailleurs que dans leurs propres lazarets. La Commission tout en se prononçant contre les lazarets internationaux administrés en commun, a cru pour cette raison devoir recommander les lazarets internationaux dans un sens plus restreint, tels en un mot que celui de Kanzoë.

La quarantaine purgée dans ces lazarets dont l'administration serait laissée au gouvernement territorial, serait reconnue par toutes les puissances contractantes, ce qui les distinguerait des lazarets ordinaires et la navigation n'aurait plus à supporter les pertes causées par les doubles et triples quarantaines auxquelles elle est quelquefois exposée.

D'après M. le Dr Maccas les lazarets internationaux restreints seraient des établissements sanitaires administrés, comme on l'a, dit par les agents de la puissance territoriale, mais sous le contrôle d'une Commission composée de Délégués de tous les Etats contractants.

M. le Dr Fauvel conteste la valeur des arguments sur lesquels la Commission s'appuie pour repousser le système des lazarets internationaux. 1° Pourquoi y aurait-il conflits d'opinion et d'autorité entre les représentants des gouvernements intéressés, les décisions ne seraient-elles pas prises, comme dans toute assemblée mixte, à la majorité ? 2° L'objection tirée du préjudice causé à la navigation par l'obligation imposée aux navires d'aller faire quarantaine dans un lieu plus ou moins éloigné et quelquefois en dehors de la route qu'ils doivent suivre, ne s'applique t-elle pas aux lazarets principaux dont le nombre aussi sera restreint ? 3° Indépendamment de ce qu'on sait que jamais un lazaret n'est devenu un grand foyer d'infection, l'agglomération sera-t-elle pour la raison déjà donnée, plus à redouter dans les lazarets internationaux que dans les lazarets principaux? 4° Comment pourrait-il enfin y avoir empiètement sur les droits souverains de l'autorité territoriale du moment que le lazaret international n'existera qu'en vertu d'une entente entre les divers gouvernements?

D'après M. le Dr Fauvel, qui déclare d'ailleurs n'être pas partisan du système des lazarets internationaux sauf dans le cas où des circonstances particulières en rendent la nécessité évidente comme par exemple à l'entrée de la mer Rouge, le meilleur argument à opposer à cette institution ne serait que dans l'immense majorité des cas elle ne sera pas nécessaire.

MM. le Cte de Lallemand et Kalergi s'associent à ces observations.

M. le Dr Sawas répond que, quoiqu'en dise M. le Dr Fauvel, il pourrait fort bien arriver que les agents des Puissances intéressées qui se partageraient les divers services d'un lazaret vraiment international, c'est-à-dire administré en commun, ne parvinssent pas à se mettre d'accord. D'autre part, si peu nombreux que puissent être les lazarets principaux, ils seront toujours plus nombreux que les lazarets internationaux, ce n'est

donc pas sans raison qu'on représente ces derniers comme devant être une cause de préjudice pour les navires forcés de s'y rendre et aussi qu'on s'effraie de l'énorme accumulation de quarantenaires qui pourraient s'y trouver réunis à la fois. Peut-on affirmer enfin que l'entente nécessaire pour l'établissement d'un lazaret international soit possible entre les divers gouvernements, c'est là une question qu'on ne peut préjuger. Après avoir constaté que les objections de M. le Dr Fauvel n'ont point diminué, ainsi qu'il croit l'avoir démontré, la valeur des raisons exposées par la Commission, M. le Dr Sawas demande finalement le maintien des conclusions du rapport.

M. le Dr Bartoletti déclare qu'en sa qualité de Délégué du gouvernement Ottoman il est contraire au principe des lazarets internationaux. Il croit d'ailleurs pouvoir faire cette déclaration sans se mettre en contradiction avec les résolutions de la Conférence relatives à l'utilité d'un établissement international à l'entrée de la mer Rouge. On discute en ce moment la question à un point de vue général qui n'exclut pas les exceptions.

M. le Dr Monlau, qui avait été le premier à suggérer l'idée de lazarets internationaux, persiste à croire qu'on pourrait en attendre de bons résultats. On ne peut pas compter sur les lazarets établis d'après le système actuel, et ce n'est qu'avec le concours de tous les états qu'on peut espérer d'y voir apporter les améliorations et les perfectionnements indispensables. On établirait, par exemple à l'entrée de chaque mer ou des principaux golfes, quelques lazarets internationaux modèles et c'est là qu'en temps de choléra tous les navires devraient aller purger leur quarantaine. Les avantages qui résulteraient de l'adoption de ce nouveau système dont on pourrait au moins faire l'essai, compenseraient amplement, d'après M. le Dr Monlau, les inconvénients qui ont été signalés.

M. Stenersen fait remarquer que la Commission est la première à reconnaître que les lazarets tels qu'ils existent comportent de nombreuses améliorations, seulement elle croit que ces améliorations sont possibles sans qu'il soit besoin de recourir au système des lazarets internationaux.

M. le Dr Millingen demande aux détracteurs du système des lazarets internationaux comment ils entendent règler les pratiques sanitaires du Danube. Se fondant sur les inconvénients du système actuellement appliqué, M. le Dr Millingen en conclut qu'un lazaret international serait indispensable aux embouchures de ce fleuve.

M. le Dr Sawas répond que c'est précisément en vue de ce cas spécial et de tous les cas analogues que la Commission recommande le système Suédois. Un lazaret institué à l'embouchure du Danube sur le modèle de celui de Kanzoë ferait précisément disparaître les difficultés que M. le Dr Millingen a signalées ; il aurait de plus l'avantage, pour tous les états riverains, de ne gêner en aucune façon le libre exercice de leur souveraineté.

La 9me section est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

MM. le Dr Sotto, Dr Monlau, Dr Spadaro, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Kalergi, Dr Maccas, Vernoni, Prof. Bosi, Dr Mühlig et Dr Pelikan ne votent qu'avec réserve.

Les conclusions qui se trouvent à la fin de la 9me section sont successivement mises aux voix.

Les quatre premières sont adoptées sans observation à l'unanimité. M. le Dr Monlau ne vote la troisième que sous réserves.

M. le Dr Maccas propose que la 5me conclusion soit amendée : le parloir ne devrait pas être supprimé, mais l'usage en serait rendu aussi restreint que possible et des mesures spéciales de précaution seraient prises à l'égard des visiteurs.

M. le Dr Fauvel propose que cette conclusion soit modifiée ainsi qu'il suit : « que les parloirs soient supprimés pour les visiteurs, et, les visites aux quarantenaires interdites, *sauf dans des cas exceptionnels et avec l'autorisation spéciale de l'autorité sanitaire.* »

MM. les Drs Maccas et Sotto adhèrent à cet amendement. M. le Dr Sotto croit qu'il y a des cas urgents et exceptionnels qu'il faut prévoir.

M. le Dr Mühlig n'hésite à considérer les visites comme le moyen le plus sûr de neutraliser le bon effet des quarantaines. L'entrée des lazarets devrait, croit-il, être interdite même aux personnes qui consentiraient à y rester en se soumettant, dans ce cas, comme le dit le rapport, au régime des quarantenaires avec lesquels ils se seraient mis en communication : l'autorisation ne devrait être accordée qu'aux personnes qui déclareraient *se soumettre au règlement pour la contumace des personnes compromises*. Dans l'opinion de M. le Dr Mühlig, tout lazaret doit être considéré comme un foyer et la séquestration doit y être complète sauf les exceptions que nécessite le service.

M. le Dr Sawas demande la suppression complète du parloir. Du moment

que la Conférence a admis que le choléra peut dans certains cas être transmis par l'atmosphère jusqu'à une distance de 100 mètres, elle se mettrait en contradiction avec elle-même en maintenant les parloirs. M. le Dr Sawas croit que M. le Dr Mühlig va cependant trop loin en demandant que des individus qui se seraient mis en communication avec des quarantenaires, par exemple à l'avant dernier jour de leur contumace, soient retenus au lazaret après le départ de ces derniers et pendant un temps égal à la durée totale de cette contumace. La quarantaine est une épreuve à laquelle on soumet les individus provenant d'un lieu contaminé pour s'assurer qu'ils ne recèlent pas le choléra dans leur organisme. Si les individus soumis à la quarantaine ne présentent, après dix jours d'isolement, aucun signe cholérique, il est évident qu'ils n'avaient pas le choléra et ne l'ayant pas qu'ils ne peuvent le donner à ceux qui ont communiqué avec eux, soit au premier, soit au dernier jour de l'épreuve.

M. Bosi accepte la conclusion du rapport. Les exceptions se produiront toujours, il est donc inutile de les prévoir.

M. le Dr Fauvel fait remarquer que les observations de MM. Mühlig et Sawas reposent sur une erreur de fait : un lazaret ne doit pas être considéré comme un endroit contaminé et forcément suspect, autrement les quarantaines devraient être perpétuelles. Les parties du lazaret où il y a des cholériques sont évidemment contaminées, mais du moment qu'on admet le système des catégories, il faut admettre aussi qu'une personne qui quitte le lazaret après avoir purgé sa quarantaine doit être réputée sortir d'un lieu indemne. M. le Dr Fauvel ne croit pas que le parloir soit nécessaire du moment que les visites sont interdites en principe, mais il maintient qu'il peut se présenter des cas tellement graves que des exceptions doivent forcément être faites à cette règle, bien entendu en recourant aux précautions nécessaires. C'est d'ailleurs pousser les choses à l'extrême que de vouloir que les visites soient défendues par cela seul que le visiteur indemne se trouve à moins de 100 mètres de la personne suspecte ; ne faudrait-il pas alors aussi et pour la même raison supprimer la formalité de l'arraisonnement? M. Fauvel ne croit pas que l'amendement proposé par M. Mühlig puisse être adopté par la Conférence ; comme l'a dit avec raison M. Sawas, le visiteur doit suivre le sort des quarantenaires avec lesquels il s'est mis en rapport, on ne peut exiger plus.

M. le Dr Maccas croit aussi que M. le Dr Mühlig se montre trop sévère.

Les précautions à prendre seraient faciles et d'ailleurs les communications au grand air ne présenteraient pas le même danger que dans un parloir où l'air est confiné.

M. le Dr Mühlig persiste à croire qu'un lazaret devient forcément suspect et dangereux dès l'instant qu'un seul cas de choléra s'y est déclaré: les personnes qui y sont renfermées jouissent déjà d'une certaine immunité, elles ont subi l'influence cholérique, la cholérisation si on peut employer une pareille expression, mais il n'en est pas de même des visiteurs venus du dehors et partis d'un lieu indemne.

M. le Dr Maccas ne trouve pas que l'hypothèse de la cholérisation suffise à justifier l'amendement de M. le Dr Mühlig: la cholérisation n'est encore qu'une théorie nullement prouvée par l'expérience.

M. le Dr Bartoletti dit que la majorité de la Commission s'est prononcée contre les visites par la raison qu'une fois permises, on ne pourra empêcher qu'elles ne soient fréquentes et nombreuses. Il est bien entendu du reste qu'on ne saurait considérer comme visite et songer par conséquent à interdire les rapports que l'autorité locale peut se trouver dans le cas d'établir avec des quarantenaires.

M. Keun, qui approuve la suppression des visites, propose que tous les lazarets soient munis d'un télégraphe destiné aux communications des quarantenaires.

M. le Dr Mühlig appuie cette proposition: ce serait un moyen efficace de restreindre le nombre des visiteurs.

M. le Dr Bartoletti ayant fait remarquer que l'établissement d'un télégraphe dans les lazarets ne peut à aucun titre être considéré comme une mesure de prophylaxie et que, dès lors, la proposition de M. Keun ne saurait faire l'objet d'une conclusion à ajouter à celles inscrites dans le rapport, il est décidé que le procès-verbal devra se borner à mentionner cette proposition en constatant qu'elle a rencontré l'approbation unanime de la Conférence.

L'amendement de M. le Dr Fauvel est mis aux voix et adopté à la majorité de 10 voix contre 9.

Ont voté pour MM. les Drs Sotto, Monlau, Cte de Lallemand, Drs Fauvel, Goodeve, Maccas, Millingen, Pelikan, Bykow et S. Exc. Salih Effendi.

Contre, MM. le Dr Dickson, Vernoni, Prof. Bosi, Keun, Dr Sawas, Dr Mühlig, Stenersen, Dr Bon Hübsch, et Dr Bartoletti.

L'amendement de M. le Dr Mühlig qui n'obtient que deux voix, celles de son auteur et de M. Keun, est rejeté — 16 voix contre, M. Stenersen s'abstient.

M. le Dr Mühlig déclare que la Conférence, en admettant l'amendement de M. le Dr Fauvel, a par là même prononcé la déchéance des quarantaines.

L'adoption de cet amendement rendant inutile le vote sur la 1re partie de la 5me conclusion, M. le Président met aux voix la seconde partie. Elle est adoptée à l'unanimité moins deux voix, celles de M. le Dr Mühlig qui vote contre et de M. Stenersen qui s'abstient.

Les conclusions 6, 7 et 8me sont ensuite successivement mises aux voix. Elles ne donnent lieu à aucune observation et sont adoptées à l'unanimité.

M. le Dr Maccas propose, de concert avec M. le Dr Pelikan, que la 9me conclusion soit amendée de la manière suivante: « Tout en admettant qu'en » général l'institution de lazarets internationaux administrés en commun » par des employés de plusieurs Puissances n'est pas recommandable, la » Conférence est d'avis *que, dans certains cas, l'utilité* de ces établissements, » administrés par les autorités locales sous le contrôle de conseils sani- » taires mixtes, est incontestable. » M. le Dr Maccas fait remarquer qu'il ne s'agit pas là d'une proposition nouvelle, ce n'est que la conclusion de la Commission autrement formulée.

M. le Dr Dickson propose quant à lui que le mot *général* soit entièrement effacé de la conclusion qui se trouverait de cette manière plus en harmonie avec le texte.

M. Bosi croit que la Conférence doit se prononcer plus catégoriquement: elle devrait déclarer que « l'institution des lazarets internationaux » administrés par des commissions mixtes est recommandable. »

M. le Dr Mühlig pense qu'il y aurait lieu de modifier ainsi qu'il suit l'amendement introduit par MM. les Drs Maccas et Pelikan: « Tout en » admettant dans certains cas *l'opportunité* de lazarets internationaux » administrés sous le contrôle de conseils mixtes, la Conférence est d'avis » qu'en général l'institution de ces établissements n'est pas recomman- » dable. »

MM. les Drs Maccas et Pelikan déclarent adhérer à cette modification.

Il est ensuite passé au vote.

La conclusion de la Commission est rejetée par 12 voix contre 5, et 1 abstention.

Ont voté pour, MM. les Drs Sawas, Hübsch, Bykow, S. Exc. Salih Effendi et Dr Bartoletti.

Contre, MM. les Drs Sotto, Monlau, Cte de Lallemand, Drs Fauvel, Goodeve, Dickson, Maccas, M. Vernoni, Prof. Bosi, Drs Millingen, Mühlig et Pelikan. Abstentions, M. Keun.

L'amendement de M. Bosi est également rejeté par 15 voixcontre 3, celles de MM. le Dr Monlau, Vernoni et Bosi.

L'amendement de MM. les Drs Maccas et Pelikan, amendé lui-même par M. le Dr Mühlig, est adopté à la majorité de 9 voix contre 8 avec une abstention.

Ont voté pour MM. le Dr Sotto, Cte de Lallemand, Drs Fauvel, Maccas, M. Vernoni, Prof. Bosi, Drs Millingen, Mühlig, Pelikan.

Contre, MM. les Drs Goodeve, Dickson, Keun, Drs Sawas, Bykow, Stenersen, S. Exc. Salih Effendi et Dr Bartoletti.— Abstention, M. le Dr Monlau.

La séance est levée à 4 h. 1/2.

Le Président de la Conférence Sanitaire,

SALIH.

Les Secrétaires,

Bon DE COLONGUE.— Dr NARANZI.

N° 42.

SÉANCE DU 24 SEPTEMBRE 1866.

—

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 24 septembre, à midi, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa quarante-deuxième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires ;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. B., délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople.

Pour la Grèce :

M. Kalergi, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes ;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie.

M. le professeur Frederic Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

Mirza-Malkom-Khan, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur Sawas Efendi, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité à Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

Pour la Prusse :

M. le B^on^ Testa, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation de Prusse, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur BYKOW, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. OLUF STENERSEN, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation à Constantinople ;

M le Docteur baron HÜBSCH ;

Pour la Turquie :

S. Exc. SALIH EFENDI, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur BARTOLETTI, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur SALEM BEY, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

M. le Dr Naranzi, l'un des Secrétaires, donne lecture du procès-verbal de l'avant-dernière séance dont la rédaction est approuvée à l'unanimité.

M le Dr Goodeve appelle l'attention de la Conférence sur la nécessité d'insister d'une manière très accentuée sur les dispositions à prendre pour rendre à l'avenir le séjour des lazarets moins triste et aussi commode et salubre que possible. Il pense que la Conférence doit faire prévaloir cette idée, et qu'elle doit exprimer formellement le vœu que les lazarets soient dorénavant construits d'après un nouveau système qui soit de nature à concilier l'agréable commodité et la salubrité sans nuire à leur efficacité. Pour les maintenir dans un état convenable, il propose qu'ils soient soumis à une fréquente inspection rigoureusement opérée par une autorité centrale établie par le gouvernement du pays où ils sont placés.

M. le Dr Maccas reconnait la légitimité d'un pareil vœu et il déclare y adhérer complètement.

M. le Dr Bartoletti aussi s'y associe pleinement. Il fait néanmoins observer, que d'après le plan proposé par la Conférence les nouveaux lazarets

seront dans des conditions de salubrité très favorables, qu'ils seront beaucoup mieux aérés que les anciens et placés dans un vaste emplacement. En un mot, contrairement à l'ancien système, les nouveaux lazarets offriront, à son avis, tous les éléments du bien-être et toutes les garanties voulues de salubrité.

La Conférence adhère par acclamation à la proposition et au vœu exprimé par M. le Dr Goodeve.

M. le Dr Bartoletti reprend le rapport et donne lecture du 4me chapitre qui porte pour titre: « Du régime quarantenaire et de la désinfection. »

Il s'arrête à la fin du onzième article qui finit par la conclusion suivante:

« En résumé, la différence entre les deux régimes quarantenaires consiste, suivant la Commission, en ce que la quarantaine d'observation est un temps d'épreuve, de simple surveillance, tandis que la quarantaine de rigueur consiste dans le débarquement au lazaret avec désinfection, et comprend toutes les mesures applicables à une provenance cholérique.

M. le Dr Mühlig demande à faire quelques observations.

« La Commission, dit-il, a donné la définition de deux différentes espèces de quarantaine. La distinction qu'elle a adoptée peut être maintenue, mais il est important de bien s'entendre sur plusieurs points, car il y a selon lui contradiction entre la définition qu'on en donne et l'application des deux quarantaines. La quarantaine d'observation, dit le rapport, s'applique à des navires qui bien que munis de patente nette sont suspects mais dans d'autres endroits il est dit aussi qu'il y a des cas où elle s'applique à des navires qui ont patente brute, ce qui contredit pleinement la définition qu'on a donnée de la quarantaine d'observation.

En outre, continue M. le Dr Mühlig, il est dit dans le rapport que la quarantaine d'observation consiste à tenir à l'écart et à faire surveiller pendant quelques jours, un navire, son équipage et ses passagers. M. le Dr Mühlig pense que cela est dit d'une manière trop vague, et il croit qu'il serait nécessaire d'établir quel sera le terme de cette surveillance, de même que ce terme devrait être fixé pour la quarantaine de rigueur. On devrait, selon lui, fixer d'une manière générale, et abstraction faite de toute classification, la durée de la quarantaine. La durée de la quarantaine d'observation dépendrait alors des circonstances spéciales de chaque cas. C'est un point sur lequel il entend revenir.

Ensuite poursuit M. Muhlig, la Commission en énumérant les diffé-

rentes occasions dans lesquelles il faudrait appliquer la quarantaine d'observation, a omis de mentionner dans quelles occasions elle devrait être appliquée aux navires en patente brute.

Ces occasions seraient, d'après M. Mühlig, les deux suivantes :

1° Si le navire en patente brute est en bonne condition hygiénique et s'il a à bord un médecin commissionné.

2° Si plus de 17 jours se sont écoulés depuis qu'il a quitté le lieu contaminé, bien entendu que ni dans l'un cas ni dans l'autre des accidents cholériques n'ont eu lieu à bord.

Enfin, dit M. le Dr Mühlig, il est évident qu'il y a désaccord entre la définition et l'application des deux espèces de quarantaine. Dans le but de mettre d'accord la définition avec ce qui suit il propose d'intercaler le passage suivant dans le texte là où il est dit « la quarantaine d'observation s'applique à des navires suspects bien que munis de patente nette, etc. et après les circonstances prévues dans les points 1 et 2 qu'il accepte (voir page 27 jusqu'à la 8me ligne) —la quarantaine d'observation s'applique aussi à des navires avec patente brute, mais à certaines conditions qui seront spécifiées plus tard. »

M. le Dr Fauvel déclare appuyer en partie les observations de M. Mühlig : Toutefois, il croit nécessaire de préciser davantage la question et de la circonscrire au chapitre même dont il s'agit. Il y a, selon M. Fauvel, plutôt confusion que contradiction entre la définition et l'application des deux espèces de quarantaine. La Commission a oublié qu'en fait, d'après son système, la quarantaine d'observation sera la règle générale quelle que soit la patente. Ce point ressort du rapport même qui établit que dans certaines circonstances les navires seront soumis à une simple observation malgré leur patente brute. M. le Dr Fauvel admet les définitions données par la Commission des deux sortes de quarantaine, mais il propose de les définir de la manière suivante quant à l'application.

1° Quarantaine d'observation.

La quarantaine d'observation est applicable à tout navire dont *la condition sanitaire est seulement suspecte*, quelle que soit la teneur de la patente, et, alors qu'il ne s'est manifesté à bord aucun indice de choléra et que la cargaison n'est pas compromettante par sa nature. Dans la quarantaine d'observation les passagers peuvent rester à bord si le navire n'est pas encombré et s'il est dans de bonnes conditions hygiéniques. Cette qua-

rantaine comporte la désinfection des effets, des hardes et des parties suspectes du navire sans déchargement préalable.

2° Quarantaine de rigueur.

La quarantaine de rigueur, c'est-à-dire *avec débarquement obligatoire des passagers et des marchandises, et désinfection générale du navire*, est applicable, en temps de choléra, à tout navire, quelle que soit sa patente, qui *aurait eu des accidents cholériques à bord*, ou dont la cargaison serait de nature compromettante, ou dont les conditions hygiéniques seraient jugées dangereuses.

Ce n'est pas la patente, dit M. le Dr Fauvel, qui détermine la nature de la quarantaine, mais ce sont les conditions sanitaires du bord. Les vrais motifs qui viennent à l'appui de la distinction établie par lui sont les suivants :

On a vu à la dernière séance les difficultés de séparer convenablement les catégories des quarantenaires dans les lazarets.

Or, cette distinction faciliterait la séparation en évitant l'encombrement qui aurait nécessairement lieu dans les grands ports. Elle ne compromettrait pas les individus sains, et faciliterait la surveillance en même temps qu'elle diminuerait les frais du service.

Elle épargnerait des charges inutiles au commerce ; et en somme, elle offrirait plus de garanties.

Cette manière d'envisager la question, dit M. le Dr Fauvel, résout les deux principales questions relatives aux quarantaines, celles de l'encombrement et de la séparation en catégories : elle ferait disparaître la grande objection qu'on oppose aux lazarets, qui pour contenir le nombre immense des personnes en contumace devraient prendre des proportions énormes et devenir presque des petites villes.

La sécurité publique n'y perdrait rien, au contraire elle y gagnerait.

M. le Dr Fauvel désire que la Conférence prenne en considération sa proposition.

M. le Dr Maccas croit qu'on devrait compléter la proposition de M. Fauvel, en y ajoutant ceci : « dès qu'on viendrait à apprendre que le choléra s'est manifesté après le départ du navire dans le port qu'il a quitté, on devrait le soumettre pendant qu'il se trouve en simple surveillance, à une quarantaine de rigueur. »

M. le Dr Maccas fait observer que beaucoup de navires arrivent en 30

ou 40 heures du lieu du départ au port de leur destination, et, que par conséquent la maladie qui s'est déclarée peu après leur départ dans le port qu'ils ont quitté, peut se trouver en état d'incubation dans le navire : dans tous les cas, un certain doute, selon lui, existerait à leur égard.

M. le Dr Maccas pense qu'il faudrait aussi s'occuper de la durée de la quarantaine d'observation.

M. le Dr Fauvel croit que le moment de s'occuper de la durée n'est pas venu. Il en sera question plus tard, et on s'en occupera alors avec plus de profit. Ce n'est pas en effet la durée qui caractérise ni la quarantaine de rigueur, ni celle d'observation : celle-ci peut être très courte lorqu'il s'agit d'une simple suspicion par défaut de renseignement, et, elle peut être tout aussi longue que la quarantaine de rigueur. Pour ce qui regarde la remarque de Mr Maccas, Mr Fauvel déclare que si l'on vient à apprendre, pendant que le navire se trouve en quarantaine d'observation, que le choléra a éclaté ou existait déjà dans le pays que le navire a quitté cela ne changerait pas la question si le navire était indemne ; mais que si le choléra venait à éclater à bord pendant la quarantaine d'observation, alors celle-ci serait transformée en quarantaine de rigueur, c'est-à-dire avec débarquement au lazaret

M le Dr Fauvel fait remarquer à M. le Dr Maccas que son observation d'ailleurs s'adresse tout autant au rapport qu'à sa proposition.

M le Dr Mühling estime que tout navire en patente brute venant d'un lieu infecté, mais n'ayant pas eu le choléra à bord devrait se rendre d'abord dans un port à lazaret principal pour pratiquer l'arraisonnement et il dépendrait alors des appréciations des autorités sanitaires de le retenir pour purger sa quarantaine ou bien de lui permettre de continuer son voyage. Dans ce cas il serait soumis à une quarantaine d'observation dans un lazaret secondaire.

M. Goodeve partage l'avis de M. Fauvel sur la quarantaine d'observation et sur la manière d'utiliser les navires en obligeant les quarantenaires de purger quarantaine à bord. Il croit toutefois nécessaire d'établir que tous les navires en observation seront visités par un médecin et pourvus de tout ce qui est nécessaire pour soigner les cholériques.

D'après M. Monlau la question qu'on traite est de la plus haute importance, car c'est la question quarantenaire tout entière. Il conseille donc de bien l'étudier. M. Monlau trouve que la proposition de M Fauvel tendrait

à faire table rase des patentes, et dans ce cas, il ne conçoit pas qu'on puisse continuer à les délivrer. La suppression des patentes entraînerait, à son avis, un état de désordre et presque d'anarchie, vu que les navires ne sauraient jamais à quelle quarantaine ils devraient êt re soumis. D'après le système de M. Fauvel, la quarantaine d'observation serait la même chose que la quarantaine de rigueur, sauf le débarquement. Telle devrait être, dit M. Moulau, la définition à donner à la quaran taine d'observation, par laquelle on voudrait d'après la proposition de M. Fauvel, remplacer la quarantaine de rigueur qui dès lors cesserait d'exister. Mais la quarantaine d'observation aurait-elle, se demande M. le Dr Monlau, la même efficacité que cette dernière ? M. le Dr Monlau ne le pense pas et il se déclare partisan de l'ancien système des lazarets, car beaucoup de difficultés, selon lui, s'opposeraient en pratique à faire purger quarantaine à bord des navires. Il y aurait difficulté de constater l'état des navires — de soigner les malades—d'empêcher l'encombrement — de faire des visites médicales.

En outre, dit M. le Dr Monlau, toute quarantaine doit être faite dans l'isolement — ce qui n'est pas dit dans le rapport d'une manière assez explicite , la Commission s'étant bornée à dire que ceux qui doivent purger quarantaine seront tenus à l'écart. Les tenir à l'écart , selon M. le Dr Monlau, n'équivaut pas à un isolement complet et rigoureux.

M. le Dr Bartoletti lui fait observer que dans plusieurs endroits du rapport il a été question de l'isolement. La Commission peut donc avoir employé l'expression à l'*écart* comme équivalente de l'*isolement*.

Quant à la définition qu'il vient de donner de la quarantaine, qu'il ajoute aux mots « sauf le débarquement » et aussi « sauf la durée » et la Commission, dit M. Bartoletti, sera de l'avis de M. le Dr Monlau.

M. le Dr Sawas réfute la proposition et les observations de M. le Dr Fauvel.

D'après M. le Dr Fauvel, dit il, la quarantaine d'observation serait la règle. C'est tout-à-fait le contraire de ce que la Commission a voulu établir, c'est-à-dire que la quarantaine de rigueur serait toujours appliquée et que l'autre le serait par exception. Par quarantaine de rigueur la Commission a entendu une quarantaine dont la durée est déterminée, tandis que la durée de l'autre ne sera déterminée que d'après certaines circonstances. Il y a donc, selon M. le Dr Sawas, dissidence complète entre la Commission et M. le Dr Fauvel. Mais laquelle des deux opinions, se demande M. le Dr

Sawas, est la plus correcte ? Il prend à analyser les différents arguments mis en avant par M. le Dr Fauvel à l'appui de son système, et, il en conclut que ce système implique la négation du régime quarantenaire. M. le Dr Fauvel a beau lui signaler une confusion entre la définition et son application, M. Sawas ne peut pas parvenir à la constater, au contraire, il reste convaincu que la définition donnée par la Commission est claire et nette et qu'elle est en parfaite harmonie avec les conditions posées pour en faire l'application. Pourquoi, dit M. le Dr Sawas, a-t-on admis la quarantaine d'observation, si ce n'est pour la patente nette? A-t-on oublié la décision de la Conférence à l'égard de l'Egypte ? Elle avait conseillé de tenir sous observation les provenances de l'Egypte en patente nette parce qu'on considérait la provenance comme suspecte.

La Commission, continue M. le Dr Sawas énumère les principales conditions voulues pour les deux catégories de quarantaine, et par ces conditions elle a cru obtenir toutes les garanties voulues. Qu'on analyse, ces conditions et l'on verra que le système de la Commission est le seul qui puisse donner des garanties sérieuses et complètes. La Commission, en outre, n'a pas manqué d'établir des exceptions en faveur de certaines provenances.

M. le Dr Sawas désire que la Conférence se prononce entre le système de la Commission et la proposition de M.Fauvel. Cette proposition n'est,selon lui, ni un éclaircissement ni une rectification, c'est un système diamétralement opposé à celui du rapport.

Mr Pelikan est d'avis que la quarantaine d'observation ne doit être appliquée qu'aux navires en patente nette et alors que l'autorité sanitaire a des données pour soupçonner la présence du choléra dans le lieu d'où vient le navire et aussi pour d'autres raisons mentionnées dans le rapport. Mais les navires en patente brute ne doivent, d'après M. le Dr Pelikan, être assujétis qu'au régime de la quarantaine de rigueur avec débarquement des marchandises et des passagers et avec désinfection des effets. Du reste, fait-il observer, cette idée sera développée plus loin lorsqu'il sera question de la durée à propos de laquelle tant lui que M. le Dr Maccas ont fait connaitre leur opinion.

La quarantaine d'observation, ajoute M. le Dr Pelikan, appliquée à des navires en patente brute ne peut qu'être une demi-mesure et ne présentera jamais une garantie complète quand il s'agit de provenances d'un

lieu contaminé lors même qu'il n'y aurait pas eu de malades de choléra à bord pendant la traversée.

M. Kalergi déclare adhérer à la manière de voir de M. le Dr Pelikan.

M. le Dr Fauvel fait remarquer qu'il est d'accord avec la Commission sur les principaux points, et, qu'il les adopte sauf la dénomination. Il a réduite, dit-il, la chose à sa réalité et il a démontré qu'il y a confusion Cette confusion existe dans le rapport relativement au paragraphe qui suit la définition. M. le Dr Sawas ne veut pas l'admettre, mais il ne se doute pas que dans le système de la Commission la quarantaine d'observation sera la règle.

M. le Dr Fauvel n'a voulu que faire changer le mot—au lieu de dire quarantaine de rigueur—il a conseillé de mettre —quarantaine d'observation.— Ce changement, croit-il, est de toute nécessité, puisque l'immense majorité des navires, d'après le rapport même, seront soumis à la quarantaine d'observation Il est à noter, dit M. le Dr Fauvel, que la Commission à la page 31 parle de la grande majorité des navires à voile et non pas des paquebots qui ont un médecin à bord. M. le Dr Fauvel a demandé par conséquent qu'on mette le mot réel à la chose. Il n'a pas eu l'intention d'établir un système différent de celui de la Commission,et il n'a rien inventé; il a voulu seulement faire accepter le système qu'on met tous les jous en pratique. Ce système consiste à mettre en quarantaine d'observation beaucoup de navires qui ont leur patente nette jusqu'à ce qu'on soit bien rassuré sur leur compte.

A M. le Dr Moulau qui croit que la quarantaine d'observation n'admet pas l'isolement, M. le Dr Fauvel fait observer que cet isolement peut dans les navires être parfaitement établi,et mieux peut-être que dans le lazaret.

M. le Dr Bosi croit que la question de savoir si on doit admettre les deux espèces de quarantaine se rapporte aux renseignements que les navires peuvent fournir par leur patente. M. le Dr Bosi accepte les bases sur lesquelles M. le Dr Fauvel a appuyé les deux espèces de quarantaine — il va même plus loin, il serait disposé à n'admettre qu'une seule quarantaine, puisque ont est autorisé à admettre que l'une des deux espèces de quarantaine n'est basée que sur un manque de renseignements. M. le Dr Bosi est aussi d'avis que la définition du rapport n'est pas exacte.

M. de Lallemand voudrait que l'on fît mieux comprendre dans le rapport que tant dans l'une que dans l'autre espèce de quarantaine

il y aurait séquestration complète. Il importe, selon lui, d'énoncer cette séquestration d'une manière très nette, puisque tant M. le Dr Moulau que M. le Dr Pelikan l'entendent, d'après leur dire, d'une manière différente que la Commission.

M. Bartoletti donne quelques éclaircissements dans le but de démontrer que la Commission a entendu qu'il y aurait séquestration complète tant dans l'une que dans l'autre espèce de quarantaine.

M. Segovia en réponse à M. de Lallemand dit que M. Monlau n'a pas douté que la Commission n'ait admis la séquestration, M. Monlau croit seulement, et en cela M. Segovia est pleinement d'accord avec lui, que la séquestration dans un navire ne peut pas être complète. Qu'on ne parle pas, dit M. Segovia de ports spacieux ; la contrebande douanière et la désertion des matelots, choses qui arrivent très-souvent, attestent que dans les navires on enfreint très facilement les mesures de séquéstration La surveillance dans les lazarets est, selon lui et selon M. Monlau, beaucoup plus facile et plus efficace que dans les navires et c'est pour cela surtout qu'ils donnent la préférence au lazaret car l'isolement, quoiqu'on dise, est beaucoup plus facile qu'à bord des navires.

M. Mühlig fait remarquer que toute la question est dans le débarquement: La Commission exige le débarquement ponr toutes les patentes brutes qui seront soumises à la quarantaine de rigueur, tandis que pour lui et pour ceux qui partagent sa manière de voir, le débarquement n'est demandé que pour certains cas de patente brute, surtout s'il y a eu le choléra à bord.

Pour M. Maccas la proposition de M. Fauvel a ses côtés faibles et dangereux malgré ce que de prime abord elle présente d'attrayant. Avant de développer cette proposition M. Maccas désire attirer l'attention de la Conférence sur la nécessité d'examiner si la définition n'est pas exacte et s'il y a contradiction ou confusion. Si la Conférence accepte la définition du rapport, au fur et à mesure qu'elle rencontrera des contradictions, elle les fera disparaître et aussi la confusion s'il y en a. Mais il n'est pas juste, pense-t-il, de prétendre de démolir tout le système par crainte de rencontrer des contradictions ou parcequ'il y a de la confusion. Qu'on étudie et qu'on analyse, dit M. Maccas, le paragraphe tout entier et si on ne le trouve pas exact,alors seulement il sera permis de le changer. M. Maccas a fait la comparaison des différentes

définitions et il n'a trouvé aucune différence esssentielle. Si différence il y aelle ne porte que sur l'application surtout pour la quarantaine d'observation.

M. Maccas est d'avis qu'en temps d'épidémie cholérique il ne peut y avoir pour tout navire venant d'un lieu cholérique qu'une seule espèce de quarantaine—c'est la quarantaine de rigueur plus ou moins sévère pour tout navire portant patente brute, S'il n'y avait, fait-il observer, que ce seul cas la dissidence ne serait guère possible. Mais il y a des cas qui autorisent la quarantaine d'observation, jamais cependant pour les navires en patente brute. Ces cas se rapportent à des navires qui tout en ayant la patente nette offrent des soupçons par rapport à l'existence du choléra dans le lieu qu'ils ont quitté. M. Maccas croit que si dans la proposition de M. Fauvel il n'était pas dit *quelle que soit la patente* tout le monde pourrait se mettre d'accord avec lui, mais telle qu'elle est étudiée elle demande à être avec beaucoup d'attention. D'après le système de M. Fauvel, tout navire, portant patente brute pourrait demander à être admis à la quarantaine d'observation. Qu'on réfléchisse, dit M. Maccas, que dans la Méditerranée la plupart des navires ne font qu'une traversée de deux à trois jours; ils pourraient donc quitter un lieu contaminé et arriver dans un port indemne sans avoir eu d'accidents cholériques pendant la traversée. Dans ce cas ils seraient assujettis à la simple quarantaine d'observation. Mais si avant qu'elle n'expire quelques cas de choléra se produisent à bord de ces navires ils seront immédiatement soumis à une quarantaine de rigueur et les jours passés en quarantaine d'observation seront perdus pour eux. Donc, l'addition proposée par M. Fauvel *quelle que soit la patente* pourrait donner lieu à de graves dangers. Selon M. Maccas cette addition ne pourrait être d'aucun avantage au commerce, mais elle serait pernicieuse au point de vue sanitaire, car elle détruirait toute garantie et toute l'efficacité des quarantaines.

Quant à l'opinion de M. Fauvel que la séparation des quarantainerres est plus facile à bord que dans les lazarets, M. Maccas ne la partage pas, et, il la considère comme illusoire en beaucoup de circonstances. M. Segovia l'a, croit-il, bien démontré lorsqu'il fit connaître les difficultés qu'on rencontre à surveiller les quarantenaires et à leur obtenir complète séquestration. La Conférence, dit M. Maccas en terminant, ne devrait admettre comme règle qu'une seule quarantaine — celle de rigueur,— la

quarantaine d'observation ne devrait être qu'une exception.

M. Bartoletti s'arrête un instant sur les reproches adressés à la Commission par M. Mühlig et par M. Fauvel. D'après ce dernier il y a confusion dans le rapport, malgré cela il déclare qu'il est d'accord avec la Commission. Si la confusion, dit M. Bartoletti, ne porte que sur des mots il serait facile de s'entendre, mais s'il y a différence de système, et c'est, selon lui, ce dont il s'agit, avant que de se prononcer, la Conférence devrait étudier les deux systèmes et la Commission aussi, vu qu'elle connait à fond son rapport mais elle n'a nulle idée du système de M Fauvel.

M, Fauvel désire avant tout que la Commission soit bien pénétrée qu'on n'argumente pas contre elle. On discute, dit-il, sur une question qui doit être soumise à l'appréciation et l'approbation des gouvernements, donc, il est essentiel de s'assurer que la solutiou proposée répond au but pratique. La Conférence ne pourrait proposer des mesures contestables qu'au risque de les voir rejetées : Cette considération oblige d'étudier la question à fond pour s'entendre sur ce qui est acceptable et sur ce qui offre les garanties voulues, et aussi pour être sûr que ce qu'on propose est pratique. C'est dans ce sens et avec cette intention qu'il a soumis sa proposition, proposition qu'il a mûrement étudiée avant de l'exposer. Si on lui démontre, que ce qu'il propose n'est pas bon et que les raisons qu'il a fait valoir à l'appui ne sont pas solides , il se déclare prêt à accepter l'opinion que la majorité jugera la plus fondée.

M. Fauvel ajoute, dans l'intérêt de la discussion, d'autres considérations à celles qu'il a déjà exposées. On a dit qu'au point de vue de l'isolement, les deux quarantaines sont tout à fait différentes et on a cité le débarquement pour l'une et le non débarquement pour l'autre. Le débarquement, fait observer M. Fauvel, est une opération très onéreuse, or, vouloir l'imposer à tous les navires ce serait rendre la mesure non pratique. On a prétendu qu'un navire soumis à la quarantaine d'observation ne se prête pas à une surveillance rigoureuse et que par conséquent il ne peut pas y avoir isolement complet. Mais pour M. Fauvel ce danger réside autant et même plus dans le lazaret : à moins d'avoir des lazarets immenses il serait impossible d'obtenir une séparation complète des différentes catégories. Qu'on suppose dit M. Fauvel, 2,000 quarantenaires, chiffre qui grâce à la facilité des communications peut de nos jours être très

facilement atteint et même dépassé. Comment pourrait-on parvenir à tenir séparée une catégorie d'une autre, et, que d'espace, quel nombre prodigieux de bâtisses le lazaret ne devrait-il avoir?

Tout cela, par contre, se ferait très naturellement à bord des navires: là les catégories se font pour ainsi dire d'elles-mêmes et rien de plus facile que d'avoir un isolement complet. Serait-il juste, se demande M. Fauvel, par le seul fait de suspicion d'exposer les individus non infectés à contracter la maladie en les jettant brusquement dans le lazaret et en les laissant pêle-mêle avec les cholériques ? On prétend que le navire peut communiquer facilement avec les personnea du dehors, mais rien de plus aisé, dit M. Fauvel, que de faire mouiller le navire loin du port et de l'isoler, c'est ordinairement de cette manière que la quarantaine se fait. C'est aussi le système qui est en vigueur à Constantinople, et, certes il n'a pas donné de mauvais résultats, au contraire on peut affirmer qu'il a été pratiqué avec succès. On a dit encore, continue M. Fauvel, que la désinfection ns pourrait être que partielle — mais le rapport même dit qu'on fera une désinfection hygiènique et qu'on ne désinfectera pas les marchandises si elles ne sont pas susceptibles. D'après M. Maccas la distinction serait justifiée si on tenait compte de la durée de la traversée, mais M. Fauvel l'a déjà dit — la durée ne fait rien à la question : la durée de la quarantaine d'observation peut-être tout aussi longue que celle de la quarantaine de rigueur.La différence importante est dans le débarquement ou le non débarquement au lazaret. M. Fauvel dit en terminant que sa proposition n'est qu'une addition qui ne contredit nullement la conclusion mais qui la complète et la met d'accord avec le texte.

M. Bartoletti avoue qu'il n'est pas assez éclairé sur cette addition et il croit que la proposition de M. Fauvel porte sur une question qui n'est pas mise en discussion et qui constitue un système opposé à celui de la Commission.Il y a,fait-il observer,tout un chapitre dans le rapport qui traite de l'application du régime quarantenaire — lorsque la discussion sera portée sur ce chapitre alors seulement on pourra mettre sur le tapis la question posée par M. Fauvel.

M. Dickson estime que le désaccord dépend en grande partie de ce que l'on ne distingue pas assez ce qui est dû à la nature de la patente, et, ce qui est dû à la condition du navire. La patente indique le signalement de

l'état sanitaire du lieu du départ, elle signale s'il y a le choléra ou non. Mais la quarantaine qu'on doit appliquer au navire doit résulter des conditions qu'il présente à son arrivée, y compris celles de la traversée. A tout cela il faudra ajouter la teneur de la patente. Cela étant admis, un navire en patente nette ferait, dans certains cas, la quarantaine de rigueur, et, un navire avec patente brute pourrait ne faire que la quarantaine d'observation.

M. Hübsch pense que les différentes opinions pourraient se mettre d'accord si en parlant des quarantaines on supprimait les mots — d'*observation* et *de rigueur*.

M. Bartoletti lui fait remarquer que cela n'est guère possible vû que ces mots se trouvent dans le programme. Il rappelle en outre à M. Dickson que tout un chapitre du rapport traite séparément la question de la patente.

M. Sawas demande à faire une observation. Jusqu'à présent, dit-il, la Conférence dans ses discussions, a commencé par l'examen des principes, mais en cette circonstance on veut lui faire suivre une marche contraire. M. Sawas croit qu'elle ne devrait point changer de système, et, il l'engage à procéder de la même manière que par le passé. Une fois, le principe admis, elle pourrait, selon lui, passer à l'examen de l'application et alors aussi pourraient trouver place les additions ou les éclaircisments contenus dans la proposition de M. Fauvel, proposition cependant qui n'est en définitive qu'un système contraire à celui de la Commission

M. Fauvel ajoute encore quelques mots dans le but de faire bien comprendre que sa proposition ne porte que sur le paragraphe de la page 27 où, à la troisième ligne, on indique les cas ou l'on doit appliquer la quarantaine d'observation. Qu'on mette son addition dans le texte à la place des points 1° et 2° si on ne veut pas l'ajouter à la conclusion. Il déclare qu'il était prêt à supprimer de sa définition les mots *quelle que soit la patente*, pour se mettre d'accord avec M. Maccas, mais voyant l'impossibilité d'y parvenir, il maintient sa proposition dans son texte primitif.

Sur la demande de plusieurs délégués, S. Exc. le Président met aux voix l'amendement de M. Fauvel.

Il obtient 11 contre 14 :

Ont voté pour :

MM. Sotto, —Spadaro,— Lallemand,—Fauvel,—Goodeve,—Dickson,—Millingen,—Testa,—Muhlig,—Bykow.—Salem bey.

Ont voté contre :

MM. Vetsera = Segovia, — Monlau, — Maccas, — Bosi, — Salvatori, Keun, — Mirza Malcom khan, — Sawas, — de Soveral, — Stenersen, — Hubsch, — Pélikan — Bartoletti.

M. Mühlig demande qu'on mette aussi aux voix son amendement. Il serait intercalé dans le texte, immédiatement après les mots — *et de l'état, sanitaire* de l'équipage et des passagers.

M. Sawas considère cet amendement comme tout-à-fait superflu.

M. Bosi n'y voit qu'un détail de l'amendement de M. Fauvel.

M. Bartoletti dit que cet amendement pourrait trouver place à page 37, et il avait cru que c'était là que M. Mühlig avait l'intention de l'intercaler

M. Stenersen est d'avis que cet amendement n'a aucun rapport avec la question qu'on discute et il s'étonne que M. Mühlig persiste à vouloir l'y rattacher.

S. Exc. le Président le met aux voix.

Il obtien dix voix contre 14.

Ont voté pour :

MM. Sotto, — Spadaro, — de Lallemand, — Fauvel, — Goodeve, — Dickson, Testa, — Mühlig, — Hübsch, — Salem bey.

Ont voté contre :

MM. Segovia, Monlau, — Maccas, — Bosi, — Salvatori, — Keun, — Milingen. — Mirza Malcom khan, — Sawas, — de Soveral, — Pelikan, — Bykow, — Stenersen, — Bartoletti.

M. le Président met aux voix le texte tel quel du 4^{me} chapitre du rapport

Il est adopté à la majorité de onze voix contre 5 et 7 abstentions.

On vote pour:

MM. Maccas, — Bosi, — Salvatore, — Keun, — Mirza Malcom Khan, — Sawas — De Soveral, — Pelikan, — Stenersen, — Bartoletti, — S. E. Salih Effendi,

Ont voté contre:

MM. Sotto, — Spadaro, — Fauvel, — Testa, — Mühlig.

Se sont abstenus de voter :

MM. Segovia, — Monlau, — de Lallemand, — Goodeve, — Dickson, — Bykow. — Hübsch.

M. le Président met aux voix la conclusion du quatrième chapitre (à page 27).

Elle est adoptée à la majorité de 21 voix-zéro contre et 3 abstentions.

Ont voté pour:

MM. Spadaro,—de Lallemand,—Fauvel,—Goodeve,—Dickson,—Maccas, (avec réserve) Bosi,—Salvatori,—Keun—Millingen,—Mirza Malcom khan, —Sawas,—Pinto de Soveral,—Testa,—Mühlig,—Pelikan avec réserve)Bykow,—Stenersen,—Hübsch,—Bartoletti,—S. E. Salih Effendi.

Se sont abstenus de voter:

MM. Sotto,—Segovia,—Monlau.

MM. Monlau — Maccas et Pelikan déclarent qu'ils n'entendent pas accepter qu'il y aura quarantaine d'observation pour les navires en patente brute. Ils déclarent en outre qu'ils sont contraires aux demi-mesures.

M. Bartoletti donne lecture de l'article 11 du 4e Chapitre, qui porte pour titre—De la quarantaine applicable aux personnes venant d'un lieu contaminé. — Quelle doit en être la durée?—A partir de quel moment doit compter la quarantaine?

M. Mühlig demande la parole. Il s'agit, dit-il, d'une question très importante à propos de laquelle il va exposer sa manière de voir, et comme elle diffère de celle de la Commission il prie la Conférence de lui prêter son attention.

Il conviendrait, selon lui, de fixer avant tout, d'une manière générale la durée de la quarantaine en faisant pour un moment abstraction de la quarantaine d'observation et de la quarantaine de rigueur. Jusqu'à présent, dit M. Mühlig, on prenait pour base la durée de l'incubation mais ce principe ne lui parait pas applicable au cas présent, et en outre c'est un principe qui conduit nécessairement à des mécomptes. La Commission a dit que l'incubation ne dure jamais plus de dix jours, et qu'au bout de ce terme il se développe néceesairement ou le choléra confirmé ou la diarrhée cholérique. Cela est exact, dit M. Mühlig, mais il serait dangereux de prendre ce fait pour base dans la fixation de la durée de la quarantaine. Un pareil procédé supposerait que l'observation a eu lieu sur des individus parfaitement isolés l'un de l'autre par une distance de 100 mètres au moins et qu'il serait facile de reconnaître le moment où un dérangement intestinal se déclare.—Ces indices de choléra, selon M. Mühlig, sont impossibles à saisir, car l'observation a toujours lieu sur des groupes d'individus et les dérangements intestinaux échappent très facilement

à l'observation, s'il y a intérêt à les dissimuler. Ces diarrhées ont certainement leur importance dans cette question, mais seulement dans ce sens que si l'existence d'une diarrhée est constatée on conclut à l'existence du danger tandisque la non constatation des diarrhées ne suffit pas pour rassurer,car l'absence de leur constatation est loin d'être une preuve de leur non existence. De sorte qu'on ne peut pas être de l'avis de la Commission, c'est à dire, que si au bout de 10 jours aucun cas de diarrhée n'a été constaté il faut donner libre pratique aux quarantenaires. Il importe donc d'après M. Mühlig, de chercher nn tout autre principe pour fixer la durée de la quarantaine, Or, selon lui il n'y a dans ce cas d'autre guide possible, et en cela il est d'accord avec presque tous les médecins, que le choléra confirmé La question donc serait celle-ci—quel est le maximum du temps qui s'écoule entre le moment où un groupe d'hommes a quitté un foyer cholérique et la première attaque cholérique qui se manifeste dans ce groupe. La question, dit M. Mühlig, ainsi posée, a une portée véritablement pratique. Mais quels sont les enseignements de l'expérience à ce sujet ?

M. Mühlig croit utile, de consulter, à cet effet, l'aperçu historique de la conférence, et il appelle l'attention sur les faits suivants :

A page 8 :

« Un garde qui avait fait dix jours de quarantaine tomba malade deux jours après la pratique et mourut en ville—l'attaque eut lieu 12 jours après la séquestration. »

A page 9 :

« Le nommé Stamati Aïvalioti fut atteint à Enos 13 jours après son arrivée ; jusqu'alors on n'avait observé à Enos aucun cas d'indisposition intestinale ni de choléra. »

A page 14 :

« En Crète, le dernier décès parmi les passagers du vapeur Missiri a eu lieu le 6 juillet. Le nommé Antonio, frère du pharmacien qui assistait les cholériques fut atteint le 16 juillet — donc il y a eu un intervalle de 10 jours, ce qui prouve que les dix jours écoulés depuis le dernier cas n'offrent pas une garantie suffisante. »

A page 20 :

» A Suleymanié les premiers cas ont eu lieu le 31 Octobre. Il faut

arriver jusqu'au 13 Novembre, c'est à dire à 13 jours d'intervalle pour trouver de nouveaux cas. »

A page 22 :

A Erzeroum du 7 au 23 Novembre point d'accidents—le 23 Novembre 12 cas—donc 16 jours d'intervalle :

A page 28 :

» La diarrhée de l'enfant de la Dame d'Altembourg datant de plus de 11 jours, devient la cause probable de l'attaque cholériqee de la mère, »

A page 31.

La femme de Puccinotti, arrivée le 4 Août d'Alexandrie à Trieste, est mise en quarantaine d'observation, le choléra ne s'étant pas manifesté pendant la traversée. Elle est atteinte de choléra le 8 - c'est à dire 4 jours après son arrivée, et dix jours après son départ en y ajoutant les jours de traversée.

A page 39 et 41 :

Les faits suivants ont été bien constatés à Gibraltar par l'Inspecteur-Général M. Rutherford.

1° Le 2e bataillon du 22e régiment s'est embarqué le 5 et le 6 juillet à Malte où le choléra règne. Il arrive à Gibraltar qui est parfaitement indemne le 10 Juillet. Le premier cas de choléra s'y manifeste le 18, c'est à dire au bout de 12 jours.

Le second cas n'eut lieu dans ce régiment que le 31 Juillet, c'est à dire après 13 jours. Le choléra régnant donc à Gibraltar, une partie du 1r bataillon du 9e régiment est embarqué à bord du *Renowne* le jour suivant, 22 Août, un cas de choléra s'y manifeste et 30 heures après le bâtiment prend le large ; or, le 5 Septembre, c'est à dire après 13 jours de mer et le quatorzième après le premier cas, le choléra s'y déclare sous une forme très maligne et emporte 9 hommes. Il y avait à bord un médecin qui n'a observé aucun cas dans l'intervalle.

Les faits donc prouvent, dit M. Mühlig, que le temps de l'état latent du choléra dans un groupe d'individus peut être de 10, 12, 13, 14, et même de 16 jours. M. Mühlig dit *état latent*, car il est probable que le choléra y régnait déjà sous la forme de diarrhées qui se succédaient, mais qui devaient nécessairement échapper dans une agglomération d'hommes. Que l'on ne dise pas qu'on les aurait certainement découvertes dans un lazaret. Comment, se demande M. Mühlig, un ou deux médecins pourraient-ils con-

trôler dans une agglomération de quelques centaines et même de quelques milliers d'hommes une affection aussi difficile à contrôler que la diarrhée, surtout si tous d'un commun accord ont resolu de la tenir cachée ? Mais on dira qu'il y a des gardes de santé. Croirait-on sérieusement trouver une garantie suffisante dans la présence d'un garde de santé là où un médecin même en offrirait à peine une? Ainsi, pour M. Mühlig, il n'y a pas de doute possible à ce sujet: pour arriver à un terme de quarantaine rationnel et présentant les garanties voulues, il faut tenir compte non seulement de l'incubation mais aussi de la durée de la diarrhée et il faut constater surtout au bout de combien de temps se manifestent les premiers cas de choléra confirmé dans une agglomération d'hommes contaminés. En tenant compte de tout cela, M. Mühlig arriverait à fixer la durée de la quarantaine en général à 17 jours pleins. En Amérique, dit-il, on a admis 21 jours. C'est-à-dire la durée de la quarantaine serait de 17 jours pleins avec les modifications indiquées selon qu'il s'agit d'une quarantaine d'observation ou d'une quarantaine de rigueur.

Voilà maintenant, dit M. Mühlig, les differences à établir sous ce dernier rapport: différences résultant surtout du moment que l'on prendrait comme point de départ pour le calcul :

Quarantaine d'observation. Point de débarquement au lazaret, ancrage distant du lazaret, pour des navires en patente brute.

1°. Médecin à bord—à compter depuis le jour du départ — donc traversée à déduire du terme 17—un jour d'observation en sus de cette durée.

2°. Point de médecin à bord — plus de 17 jours de traversée — 5 jours d'observation.

Pour les navires en patente nette la durée de la quarantaine sera déterminée dans chaque cas special par l'autorité sanitaire.

Quarantaine de rigueur. — Choléra à bord, moins de 17 jours de traversée et sans médecin à bord — 17 jours de quarantaine à compter depuis le moment du débarquement des marchandises et des passagers et depuis le moment qu'ils ont pris à bord un garde de santé. — Si l'on y constate encore l'existence du choléra ou des diarrhées cholériques à compter depuis le dernier accident qui a eu lieu pendant la coutumace.

Pour les provenances de terre, M. Mühlig est d'avis qu'il ne faut admettre que la quarantaine de rigueur.

Le terme de 17 jours pourrait, dit M. Mühlig, effrayer, mais en pra-

tique la question se présente d'une manière bien différente. Pour les bateaux à vapeur ayant un médecin à bord et venant de loin la quarantaine se réduirait le plus souvent à quelques jours ou même à rien ; pour ceux qui viennent d'un foyer très-rapproché une plus grande rigueur serait d'autre part une garantie nécessaire. Pour les bâtiments à voile la quarantaine ne serait dans un grand nombre de cas que de 5 jours : du reste, comme ils n'ont pas ordinairement beaucoup de passagers à bord, il ne résulterait point d'encombrement dans les lazarets, même s'ils avaient à purger une quarantaine prolongée.

M. Mühlig soumet à l'appréciation de la Conférence l'opiniou du Dr Hakemann qui a décrit l'épidémie de Mecklembourg. Il dit à propos des quarantaines qu'elles ont été souvent inefficaces contre la propagation du choléra pour deux raisons, soit parce que la durée de l'incubation a été plus longue qu'à l'ordinaire, soit, et c'est ce qui arrive le plus souvent, que le germe cholérique se soit reproduit pendant la durée de la quarantaine uniquement par des malades souffrant de diarrhée. Or, afin que la quarantaine offre une certaine garantie d'efficacité il faudra d'abord qu'elle comprenne tous les navires venant de localités infectées ; ensuite si un cas de choléra a eu lieu à bord il faudra qu'elle dure jusqu'à ce que le maximum de l'incubation soit passé, à compter de la fin de ce cas : elle doit durer autant si les personnes de bord restent en bonne santé, à compter pourtant du jour du départ du lieu infecté. Enfin elle ne devra point cesser avant que tout l'équipage soit exempt de tout dérangement du tube digestif.

M. Goodeve tient à faire une observation concernant la 3me conclusion énoncée dans le rapport par MM. Pélikan et Maccas (voir page 28). Ils soutiennent que la diarrhée qui se manifeste à bord d'un bâtiment provenant d'un lieu cholérique est de nature cholérique dans l'immense majorité des cas. M. Goodeve conteste l'exactitude de cette assertion en ce qui regarde les provenances des pays chauds, de l'Inde, par exemple, et de l'extrême Orient en général. Il affirme au contraire que la grande majorité des flux intestinaux qui ont lieu parmi ceux qui s'embarquent dans les ports infectés de ces pays ne sont nullement de nature cholérique. Les maladies qui ont cours sous le nom de diarrhée chronique, de dyssenterie sont extrêmement fréquentes dans les pays chauds et exigent impérieusement pour leur guérison un changement de domicile, ainsi, on en trouve tou-

jours dans les navires voyageant de ces pays vers l'Europe. Il serait, dit M. Goodeve, bien funeste de les confondre avec les maladies cholériques, par conséquent, il se croit en devoir de signaler ce fait.

Le système ingénieux, que M. Mühlig vient d'exposer ne paraît à M. Fauvel, ni aussi pratique ni aussi sûr qu'il le croit. Pour M. Fauvel la durée de la quarantaine que M. Mühlig voudrait établir serait une rigueur inutile. D'après la manière de voir de M. Mühlig on devrait compter la durée de l'incubation non pas d'après les premiers accidents cholériques prémonitaires, qui échappent ordinairement, ce que M. Fauvel ne conteste pas, mais d'après le temps où d'ordinaire se déclare le choléra confirmé. Qu'on prenne, dit M. Fauvel, tous les exemples connus et l'on verra que 2 ou 3 jours après le départ d'un lieu infecté, la diarrhée cholérique, suivie ou non du choléra confirmé dans un temps très-court, se déclare à bord, ou bien rien ne se manifeste. Or, M. Mühlig voudrait attendre l'époque du développement des attaques du choléra pour fixer la durée de la quarantaine.

Quant aux faits cités par M. Mühlig ils sont de nature, dit M. Fauvel, à être interprêtés autrement qu'il ne l'a fait, et rien ne serait plus aisé que de les réfuter et de le faire servir à une théorie contraire à celle qu'il soutient. Ainsi, par exemple, on pourrait soutenir que l'individu du premier cas qui fut atteint du choléra deux jours après la pratique, puisa le germe de la maladie dans le lazaret même pendant qu'il purgeait sa quarantaine.

L'individu qui mourut de choléra à Enos (voir le 2^{me} cas) peut avoir contractée la maladie après sa sortie du navire.— Sait-on ce qu'il a fait et où est-il allé pendant les 13 jours qui se sont écoulés depuis qu'il a quitté le navire jusqu'au jour de sa mort ?— Ce qu'on peut dire relativement au cas de la Crète, c'est que le nommé Antonio étant en rapport continuel et direct avec son frère le pharmacien qui assistait les cholériques, peut avoir puisé le mal dans les hardes de celui-ci qui n'avaient été soumis à aucune purification réglementaire.

Le fait de Gibraltar est loin aussi, dit M. Fauvel, de prouver la durée de l'incubation. En effet, 12 jours se sont écoulés entre le moment du départ et le développement du premier cas. Mais qu'on n'oublie pas, dit M. Fauvel, qu'à cette époque là on ne tenait pas compte de la diarrhée. — Il est donc

naturel de présumer qu'elle existait parmi les soldats du régiment, et qu'elle a passé inaperçue.

M. Fauvel sachant que M. Bartoletti ne laissera pas sans réfutation les cas que M. Mühlig a extrait de son aperçu historique, n'entend pas pousser plus loin l'analyse de ces mêmes faits. Ce qu'il a dit, est plus que suffisant, croit-il, pour démontrer leur insuffisance par rapport à la thèse que M. Mühlig a cru appuyer sur eux. Il passe donc à l'examen des autres points du discours de M. Mühlig.

Et d'abord, maintenant que l'attention est fixée sur l'importance de la diarrhée sera-t-il aussi difficile que M. Mühlig le suppose de découvrir même dans un groupe d'individus les cas de diarrhée suspecte ? M. Fauvel ne le pense pas.

D'un autre côté, il y a des exemples qui prouvent qu'après une épidémie il y a des petites réminiscences qui éclatent après plusieurs mois. Peut-on dire que pendant tout le temps qui s'est écoulé entre la grande épidémie et ces réminiscences la maladie soit restée en état d'incubation? N'est-il pas nécessaire d'admettre d'autres causes ?

M. Fauvel croit que l'échelle donnée par M. Mühlig est arbitraire. Pourquoi fixer la quarantaine à 17 jours ? il y a des exemples où le développement des premières attaques de choléra confirmé n'a eu lieu que 20, 25 jours et plus après le départ. On pourrait donc étendre davantage la durée de la quarantaine. Mais en réalité cela n'est pas nécessaire et M. Fauvel est d'avis que le terme de 10 jours donne une garantie suffisante combinée avec les moyens de désinfection. Si même les premiers cas de diarrhée à bord d'un navire échappent, le choléra, grâce aux 10 jours de quarantaine, aura le temps de se manifester et la diarrhée pourra être révélée à une surveillance attentive. Mais y eut-il quelques exceptions, qu'elles ne devraient pas servir de règle à tout un système. Il faut qu'il y ait proportion entre le danger et les moyens de s'en préserver, autrement on arrive à des mesures exagérées et inapplicables parcequ'elles ne sont pas suffisamment justifiées.

M. Bartoletti obtient la parole :

Il fait observer que les faits empruntés à son rapport sont, comme l'a très bien dit M. Fauvel, loin d'être aussi probants que le pense M. Mühlig. Pour qu'il en fût ainsi, ces faits devraient être dégagés de toute autre interprétation. Or le cas n'est pas tel.

En effet, dit M. Bartoletti, le garde de santé qui a été atteint après 10 jours de quarantaine et 2 de séjour en ville, a pu contracter le germe de

la maladie pendant qu'il purgeait sa quarantaine dans un milieu aussi infecté que l'était le lazaret des Dardanelles. Le soldat faisant la garde à l'extérieur du lazaret et qui eut le choléra n'était-il pas plus à l'abri que la garde de santé qui y était enfermé ? Stamati Aïvaliotis avait été malade depuis son arrivée à Enos et s'était soigné lui-même sans l'intervention de médecin, le 13e jour le choléra s'est confirmé chez-lui. Il faut ajouter qu'un grand nombre de navires de provenances cholériques purgeaient quarantaine dans le port de Stamatis qui était un marin ; on ne saurait donc dire la date de l'attaque.

En Crète le nommé Antonio, frère du pharmacien assistant les cholériques, a probablement reçu le germe de la maladie, qui se développa quelques jours plus tard, des effets de ce dernier qui n'avait pas encore accompli la période de la quarantaine réglementaire. D'ailleurs le précédent cas de choléra dans le lazaret eut lieu non pas le 6 mais le 8 juillet, ce qui réduirait de 2 jours la durée présumée de l'incubation.

—Les cas de Suléimanié et d'Erzeroum ne prouvent absolument rien par rapport à l'incubation. Il ne s'agit là que de récrudescences comme on en voit par tout. Le fait s'explique aussi par l'arrivée successive de pélerins et de voyageurs qui y ont apporté .la maladie à plusieurs reprises.

— La dame d'Altenbourg avait son enfant malade de la diarrhée depuis Odessa et, de plus, il n'est pas dit qu'elle n'a pas eu de communications compromettantes le long du Bas-Danube où le bateau a dû s'arrêter et où le choléra régnait dans plusieurs localités.

— La femme Puccinotti, provenant d'Alexandrie, n'avait-elle pas avec elle ses effets sortant d'un foyer d'infection et dont la contamination est un fait très admissible ?

— Quant aux faits de Gibraltar et ceux survenus sur mer à un intervalle de 13 et 14 jours, le rapport ne dit rien de la diarrhée, sauf une seule fois ; or s'agissant de régiments embarqués, la chose n'était pas facile à constater et elle a pu passer inaperçue.

Il est évident, conclut M. Bartoletti, que, d'après toutes ces circonstances, les faits complèxes dont il s'agit, peuvent être interprêtés de différentes manières et, par conséquent, ils sont d'une démonstra tion fort équivoque au point de vue de la durée de l'incubation. Une saine critique doit en tenir compte.

— D'après M. Goodeve, la théorie de M. Mühlig repose sur un principe

très-contestable, c'est-à-dire sur des cas de longue incubation qui sont tout à fait exceptionnels. La règle générale démontre au contraire que l'incubation ne dure d'ordinaire que quelques jours ; donc, M. Mühlig demande trop ou très peu.—Au lieu de s'arrêter à 15 ou à 17 jours d'épreuve il pourrait de la même façon et en s'appuyant sur la longue durée de la diarrhée exiger 30 jours et même plus. Les statistiques, dit M Goodeve, sur la durée de la diarrhée mortelle de toute espèce pendant les épidémies de choléra (celle de Londres par exemple en 1845 et 54 présentent une mortalité dont la durée des cas varie entre quelques heures et 5 à 6 semaines. Mais la grande majorité des cas succombent avant le 10e jour. Il est très probable que les cas cholériques de longue durée aient été partout des cas qui ont commencé par des diarrhées simples ou des diarrhées d'été qui à cause de l'épidémie régnante se sont transformées en choléra on en diarrhées cholériques, et que c'est de ces cas complèxes qu'on a tiré des conclusions sur la durée occasionnelle des diarrhées prémonitoires de plusieurs semaines de date. La possibilité d'nne pareille complication ôte beaucoup de leur valeur quand on vient à en faire une application pratique. M. Goodeve ne partage pas l'opinion de M. Mühlig qui soutient qu'il faut en pratique compter pour période d'incubation tout le temps qui se serait écoulé depuis le moment de l'infection possible de l'individu jusqu'au développement du choléra, mais il croit que dans la pratique il faut, comme pour les autres maladies, plutôt compter depuis l'invasion jusqu'aux premiers symptômes.

Pour ce qui est du cas du *Renown*, cité par M. Mühlig, il ne prouve pas, selon M. Goodeve, qu'il y a eu, en définitive, une incubation de 14 jours. N'ayant pas l'histoire complète de cette épidémie, on est autorisé à croire qu'il y a eu des diarrhées prémonitoires qui ont regné plusieurs jours avant l'explosion, à bord, du choléra confirmé. Cinq ou six jours d'incubation, et, sept ou 8 jours de diarrhées rendraient compte, dit M. Goodeve, des 14 jours écoulés après la mort du soldat qui eut lieu à bord, et, cela même en l'absence d'autre cause d'infection plus tardive soit par des effets soit par des hardes contaminées.

M. Goodeve croit avec M. Fauvel qu'il n'est pas aussi difficile que le pense M. Mühlig de constater, parmi des groupes de personnes, l'existence des diarrhées, et, il opine que le terme de 10 jours est suffisant pour le choléra, car, pendant ce laps de temps une diarrhée cholérique déclarera

sa nature d'une manière assez prononcée. Quoiqu'il ne nie pas qu'il puisse y avoir des exceptions d'une plus longue durée, M. Goodeve est convaincu qu'en pratique il serait impossible de baser des règles de quarantaine sur des cas tout à fait exceptionnels et qui exigeraient, d'ailleurs, trois ou quatre semaines d'isolement. M. Goodeve conclut que la quarantaine basée sur ces cas exceptionnels porterait bien plus de préjudice que d'avantage et serait contraire aux vrais intérêts des peuples.

Sur la demande générale on met aux voix l'article 11e du 4e chapitre.

Il est adopté à la majorité de 17 voix-zéro contre, et, trois adhésions conditionnelles.

Ont voté pour :

MM. Sotto,—Monlau, —Spadaro,— de Lallemand,— Fauvel,—Goodeve, —Dickson, —Maccas,—Bosi, —Salvatori, —Malcom khan,—Sawas, —Bykow,—Hübsch,—Stenersen,—Bartoletti,—S. Exc. Salih Effendi.

M. Pelikan et M. Millingen déclarent qu'ils auraient voté pour l'article entier si la quarantaine était portée à 15 jours, et, MM. Keun et Mühlig si elle était portée à 17 jours.

La séance est levée à 6 heures.

Ordre du jour de la prochaine séance.

Suite de la discussion du rapport de la 2me Commission.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Dr NARANZI; — Bon DE COLLONGUE.

N° 43.

SÉANCE DU 25 SEPTEMBRE 1866.

—

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 25 septembre, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa quarante-troisième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. VETSERA, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.

M. le Docteur SOTTO, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien

Pour la Belgique :

M. le C^te^ de NOIDANS, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour le Danemark :

M. le Ch^er^ Dumreicher, consul-général de S. M. le Roi de Danemark à Alexandrie.

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires ;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. B., délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople.

Pour la Grèce :

M Kalergi, secrétaire de la Légation de S M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes ;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie.

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

M. le Docteur Sawas Efendi, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité à Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

Pour la Prusse :

M. le B^on^ Testa, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation de Prusse, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. Oluf Stenersen, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation à Constantinople ;

M. le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

La séance est ouverte à midi.

Le procès-verbal de la 41^{me} séance est lu par M. le B^{on} de Collongue et adopté.

Lecture est donnée de la 12^{me} section (chapitre IV) du rapport de la seconde Commission.

M. le D^{r} Goodeve propose que la durée du voyage soit déduite de celle de la quarantaine pour les navires qui seraient reconnus se trouver dans de bonnes conditions hygièniques quand bien même deux ou trois cas de choléra auraient eu lieu pendant les trois ou quatre premiers jours de la traversée. La quarantaine d'observation serait alors réputée avoir commencé 24 heures après la cessation du dernier cas constaté, les hardes et effets des malades ayant d'ailleurs été détruits et le local qu'ils habitaient soigneusement désinfecté. Le navire ne serait donc soumis à son arrivée à destination qu'à une quarantaine d'observation dont la durée serait cal-

culée de manière à lui compléter ses dix jours d'observation. M. le Dr Goodeve ajoute que cette concession aurait un intérêt particulier pour les navires qui viennent des Indes en Europe et notamment pour ceux qui partent de Calcutta. Ces derniers embarquent fréquemment des individus qui ont contracté le germe cholérique à terre et qui tombent malades un jour ou deux après l'embarquement ; les accidents cholériques cessent la plupart du temps dès que le navire a quitté la rivière et gagné la pleine mer.

Le rapport réduisant d'autre part la durée de la quarantaine à cinq jours lorsque la traversée a duré 15 jours ou plus, M. le Dr Goodeve propose en second lieu que pour les navires partant d'un lieu contaminé, mais dont la traversée dure des mois entiers, la quarantaine soit totalement supprimée. Se fondant sur ce qu'il n'y a pas d'exemple que depuis cinquante ans le choléra ait été importé des Indes en Europe par les navires à voiles qui passent par le Cap de Bonne-Espérance. M. le Dr Goodeve est convaincu qu'il suffirait, après une traversée de plus de 30 jours, que le navire fût soumis à la formalité de l'arraisonnement ; si le résultat en était satisfaisant, il pourrait alors sans danger être admis à la libre pratique.

M. le Bon Testa appuie cette dernière proposition.

Il en de même de M. Keun qui cite le fait d'un navire à voiles récemment arrivé à Constantinople d'Anvers et qui bien qu'ayant eu une traversée de 70 jours fut cependant soumis à une quarantaine de dix jours aux Dardanelles.

M. le Cte de Lallemand pense que cette proposition ne pourrait en tous cas être accueillie que tout autant qu'il n'y aurait pas à bord des marchandises de la catégorie de celles que la Conférence a déclarées dangereuses et qui, confinées à bord d'un navire, peuvent transmettre le choléra après des traversées ayant duré plus de trente jours. La Conférence ne doit pas oublier que tout récemment le choléra paraît avoir été importé à la Guadeloupe par un bâtiment dont la traversée n'avait pas été de moins de 36 jours.

M. le Dr Goodeve ne croit pas que passé un certain délai les marchandises puissent conserver la faculté de transmettre la maladie et dès lors que la désinfection en soit nécessaire. Il ne fait d'exception que pour les drilles et les chiffons.

Le Dr Salem Bey croit que ce serait s'exposer aux plus grands dangers

que d'accorder la libre pratique aux navires à bord desquels il se serait produit des accidents cholériques pendant la traversée. Au contraire, la seconde proposition de M. le Dr Goodeve lui paraîtrait pouvoir être accueillie sans inconvénient.

M. Segovia appuie l'observation de M. le Cte de Lallemand. Un navire doit être considéré comme un foyer suspect et si la science n'a pu encore arriver à fixer le temps pendant lequel le germe cholérique recélé dans des marchandises confinées peut conserver sa puissance d'action, il n'en est pas moins évident que cette action peut s'exercer quelquefois après des voyages de plusieurs mois. Sans demander du reste que toutes les marchandises indistinctement soient désinfectées, M. Segovia fait remarquer qu'il y a marchandises et marchandises et qu'il y en a certaines pour lesquelles il serait sans nul doute imprudent de se départir de toute espèce de précaution.

M. le Dr Dickson divise toutes les provenances cholériques en deux catégories, celles qui sont dangereuses et celles qui ne le sont pas. Il range dans la première catégorie les navires qui ont eu pendant le trajet des cas de choléra ou de diarrhée cholérique, qui sont encombrés, qui transportent des émigrants ou des pèlerins, enfin qui sont dans de mauvaises conditions hygiéniques. Dans la seconde, ceux qui ne se trouvent dans aucun des cas qui viennent d'être énumérés. Les provenances dangereuses devraient, dans l'opinion de M. le Dr Dickson, subir la quarantaine de rigueur. Quant aux provenances non dangereuses, elles devraient à l'exception de celles dont la traversée aurait été longue et auxquelles on pourrait pour cette raison donner presque immédiatement la pratique, subir la quarantaine telle qu'elle est établie par la Commission.

M. Keun ne croit pas qu'on puisse citer d'exemple de transmission du choléra par des marchandises après une traversée de 60 ou 70 jours. Cependant il admet avec M. le Cte de Lallemand qu'il puisse être nécessaire, même après un long voyage, de prendre des précautions spéciales lorsqu'il s'agit de certaines marchandises.

M. le Dr Goodeve objecte qu'à bord des grands navires tels qu'on les construit actuellement, l'aération s'opère aussi bien, sinon mieux, que dans aucun lazaret. Un navire de 1re classe qui file dix nœuds se trouve certainement dans les meilleures conditions au point de vue de la désinfection par l'air.

D'après M. le Dr Fauvel, la Conférence ne pourrait adopter la première proposition de M. le Dr Goodeve sans renverser tous les principes qu'elle a précédemment admis, principes dont la base est que tout bâtiment ayant eu à bord des accidents cholériques peut devenir un foyer persistant, et dès lors qu'il est indispensable à l'arrivée de recourir aux mesures de désinfection. M. le Dr Fauvel conteste d'ailleurs que toutes les parties d'un navire soient dans les mêmes conditions au point de vue de l'aération et de la ventilation. Si les régions supérieures, celles qui sont habitées, ne laissent rien à désirer sous ce rapport, on ne saurait prétendre qu'il en soit de même par exemple dans la cale.

Pour ce qui est de la seconde proposition, M. le Dr Fauvel reconnait que la règle générale est que des navires à voiles n'ont jamais importé le choléra après une longue traversée. Il y a cependant le fait cité par M. le Cte de Lallemand de l'importation à la Guadeloupe, et, ce fait fut-il douteux que ce ne serait pas moins une raison de se tenir sur ses gardes. M. le Dr Fauvel déclare qu'il serait cependant disposé à voter la proposition dont il s'agit si M. le Dr Goodeve consentait à l'amender. Après une traversée de 30 jours au moins les navires à voiles seraient admis à la libre pratique après une observation de 24 heures avec purification des marchandises susceptibles, des effets et des parties suspectes du navire, mais sans déchargement total. Ce délai serait, d'après M. le Dr Fauvel, suffisant pour que les autorités sanitaires pussent constater l'état hygiènique du bâtiment, en désinfecter les parties suspectes et procéder aux mesures de purification. La fin de la conclusion serait modifiée ainsi qu'il suit: « 4° de réduire à » cinq jours la quarantaine applicable aux navires dont la traversée » aurait duré de 15 à 30 jours sans aucun accident cholérique, et à 24 » heures lorsque la durée de la traversée dépasserait 30 jours; dans les » deux cas, désinfection des marchandises susceptibles, des effets et des » parties suspectes, mais sans déchargement total. »

M. le Dr Goodeve consent à cette modification de la seconde partie de sa proposition.

M. le Dr Bykow appuie les observations présentées par M. le Dr Fauvel. Il votera contre la 1re proposition de M. le Dr Goodeve, proposition qui lui paraît contraire aux principes admis par la Conférence, mais approuve la réduction de la quarantaine à 24 heures pour les navires dont la traversée dépasse 30 jours. Au dessous de 30 jours, la quarantaine devrait être,

comme le propose la Commission, de cinq jours. M. le Dr Bykow se prononce d'ailleurs pour l'emploi de mesures de désinfection dans les deux cas.

M. le Dr Maccas partage cette manière de voir :

Il en est de même de M. le Dr Bartoletti qui adhère au nom de la Commission à la seconde proposition de M. le Dr Goodeve telle qu'elle a été modifiée par M. le Dr Fauvel.

La première proposition de M. le Dr Goodeve est rejetée à la majorité de 20 voix contre 1, celle de son auteur.

La seconde est adoptée à l'unanimité moins une voix, celle de M. le Dr Pelikan qui s'abstient.

Il est ensuite passé au vote sur la 12me section, Elle est adoptée, texte et conclusions, à l'unanimité moins une voix, celle de M. le Dr Goodeve qui s'abstient. M. le Dr Pelikan déclare faire ses réserves pour la 1re conclusion à laquelle il n'adhère pas.

Lecture est donnée de la 13me section.

M. le Dr Fauvel approuve la Commission d'avoir considéré la présence à bord d'un médecin commissionné *ad hoc* comme une garantie qui permet de compter la durée de la traversée comme temps de quarantaine, mais comme il veut que la garantie soit sérieuse, il n'entend pas que les déclarations de tout médecin soient admises; il voudrait même que dans tous les cas les autorités sanitaires du lieu d'arrivée eussent le droit de contrôler l'exactitude des déclarations faites, et, en cas de soupçons fondés, de ne pas en tenir compte. M. le Dr Fauvel ne doute pas que des déclaration inexactes ne doivent être un fait tout-à-fait exceptionnel et qu'en règle générale il y ait lieu d'avoir confiance ; mais on ne doit pas oublier ce qui s'est passé l'année dernière à Constantinople où le choléra fut importé par un navire qui, contrairement à la déclaration du médecin du bord, avait eu des décès cholériques pendant la traversée. Il s'est passé là un fait dont il faut malheureusement d'autant plus prévoir la répétition en Orient qu'il est resté impuni.

M. le Dr Fauvel à propos de ce qui est dit que les personnes embarquées ne devraient avoir de bagage que le strict nécessaire, fait remarquer que ce serait plutôt de la qualité que de la quantité qu'il faudrait se préoccuper.

M. le Dr Goodeve croit qu'on pourrait se dispenser d'appliquer indistinctement une quarantaine de 24 heures à tous les navires dont la traversée

a duré 10 jours ou plus. Ne suffirait-il pas de vérifier l'état de ces navires et ne pourrait-on pas, s'il était reconnu satisfaisant, leur accorder immédiatement la libre pratique?

M. le Dr Monlau n'admet pas que la durée du voyage doive dans aucun cas être déduite de la durée de la quarantaine. Avec de pareilles concessions on arrivera fatalement à la suppression des quarantaines. M. le Dr Monlau conteste l'importance qu'on attache à la présence, évidemment utile et désirable au point de vue des soins à donner aux passagers, d'un médecin à bord; n'est-on pas fondé en effet à redouter que ce médecin embrassant les intérêts de la Compagnie qui l'emploie et le rétribue, ne puisse pas toujours conserver toute son indépendance ? D'après M. le Dr Monlau, on ne pourrait d'ailleurs jamais compter le temps du trajet que tout autant que ce trajet se serait fait directement. M. le Dr Monlau se demande en finissant pourquoi le rapport qui fait mention des mesures d'hygiène et de désinfection à pratiquer à bord des navires avant le départ et pendant la traversée, ne parle pas aussi des mesures du même genre qui doivent être prises à l'arrivée.

M. le Dr Bartoletti, répondant aux diverses objections qui se sont produites, fait remarquer en premier lieu qu'il n'est question dans le rapport que de médecins nommés par les Gouvernements et présentant dès lors toutes garanties. Pour ce qui est de l'objection de M. le Dr Fauvel qu'il faut plus se préoccuper de la qualité que de la quantité des bagages des voyageurs, M. le Dr Bartoletti pense qu'il n'est pas besoin de dire que l'intention de la Commission n'a jamais pu être de contraindre ces derniers à se priver d'une partie de leurs bagages. Si, enfin, le rapport ne dit rien des mesures d'hygiène à l'arrivée, c'est que toutes les indications à cet égard se trouvent dans le rapport de la Commission dont M. le Dr Monlau a été le rapporteur.

M. le Dr Maccas maintient la manière de voir qu'il aurait voulu faire prévaloir au sein de la Commission. Compter les jours du voyage comme jours de quarantaine équivaudrait, d'après lui, à mettre les navires sur le même pied que les lazarets au point de vue de la purification, or c'est aussi inadmissible que contraire à l'opinion plusieurs fois exprimée par la Conférence. M. le Dr Maccas déclare ne pas s'opposer à une légère réduction de la durée de la contumace après une longue et heureuse traversée, lorsqu'il y a un médecin à bord et qu'il ne s'est produit pendant le voyage

aucun accident suspect, mais peut-on considérer comme des garanties suffisantes celles qu'on trouve énumérées dans le rapport? Si on voit par ce qui s'est passé l'année dernière à Constantinople qu'on ne peut toujours avoir une confiance illimitée dans les déclarations des médecins de bord, peut-on admettre sérieusement comme possible dans la pratique l'application complète des mesures d'hygiène et de désinfection à prendre tant avant qu'après le départ du navire et notamment le lavage du linge des passagers avant l'embarquement ; peut-on enfin compter davantage sur les résultats à attendre de la visite médicale? M. le Dr Maccas, qui ne le croit pas, s'inscrit d'avance contre les décisions de la Conférence pour le cas où elle adopterait les conclusions du rapport.

M. Keun est d'avis que les rapports des médecins de bord ne devraient obliger les autorités sanitaires que dans les pays où il existerait un code pénal sanitaire punissant les fausses déclarations.

M. le Président met aux voix la 13me section. Elle est adoptée, texte et conclusions, à la majorité de 12 voix contre 9 et 5 abstentions.

Ont voté pour : MM. le Cte de Noidans, Dr Spadaro, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Dr Goodeve (avec réserves touchant la dernière phrase et ce qui est en contradiction avec les opinions qu'il a exprimées sur les chapitres précédents), Dr Dickson, Dr Sawas, Dr Bykow, Stenersen, Dr Bon Hübsch, S. Exc. Salih Effendi et Dr Bartoletti.

Contre: MM. Vetsera, Dr Sotto, Dr Monlau, Kalergi, Dr Maccas, Prof. Bosi, Keun, Dr Millingen, Dr Pelikan.

Abstentions : MM. de Dumreicher, Dr Salvatori, Cher Pinto de Soveral, Bon Testa et Dr Mühlig.

Voulant prévenir les interprétations diverses qu'on pourrait donner à son abstention, M. le Dr Mühlig déclare qu'il n'est pas contraire au principe de compter dans certains cas la durée de la quarantaine depuis le jour du départ, mais qu'il considère l'application de ce principe comme dangereuse quand on n'admet que dix jours de quarantaine, durée sur l'insuffisance de laquelle il s'est déjà prononcé.

Lecture est donnée de la 14me section.

M. le Dr Dickson voudrait qu'on supprimât de la conclusion le mot de *rigueur* : du moment que la quarantaine peut se purger à bord, il ne s'agit plus d'une quarantaine de rigueur.

La 14me section est mise aux voix et adoptée à l'unanimité moins une

voix, celle de M. de Dumreicher qui s'abstient. M. le Dr Dickson ne vote qu'avec réserve.

Lecture est donnée de la 15me section.

M. le Dr Fauvel votera cette section, mais il conteste l'exactitude de l'assimilation que le rapport établit entre les provenances de terre et les provenances de mer et sur laquelle il se fonde pour consentir à ce que la quarantaine applicable aux premières soit dans certains cas réduite à 8 jours.

M. le Dr Sawas répond que la Commission sans entendre établir une assimilation qui est impossible, n'a fait que tenir compte de certaines conditions propres aux provenances de terre. Tout navire contaminé devient lui-même un foyer cholérique, les passagers y restent dans un air confiné, souvent vicié par les hardes qu'ils emportent avec eux et quelquefois aussi par le voisinage des cholériques et des diarrheïques qui peuvent facilement voyager par mer et qu'il faut bien garder à bord. Or, ce sont là évidemment des circonstances défavorables qui ne se présentent pas lorsqu'il s'agit d'un trajet par terre. Là tout cholérique reste forcément en chemin, les diarrheïques eux mêmes ne pourraient que très-difficilement supporter les fatigues de la route ; la caravane voyageant au grand air. l'aération qui constitue un des plus sûrs moyens de désinfection s'opère enfin tout naturellement. M. le Dr Sawas répète qu'on n'a pensé à aucune assimilation, mais s'il est impossible d'accorder aux provenances de terre, quelle que soit la durée du voyage, les facilités exceptionnelles consenties en faveur de certaines catégories de navires, il ne faut pas oublier non plus que les lazarets de terre sont loin d'être aussi bien installés que les lazarets maritimes. Cela seul justifierait, aux yeux de M le Dr Sawas, la réduction de la quarantaine à huit jours pour les provenances de terre dont il importe, lorsqu'il ne peut en résulter aucun danger, de ne pas prolonger inutilement le séjour dans des établissements insuffisants.

M. Bosi est contraire à la réduction de la quarantaine pour les provenances de terre. Cette quarantaine dès l'instant qu'elle est jugée possible doit être aussi sérieuse que celle à laquelle sont soumises les provenances maritimes. M. Bosi cite des faits observés l'année dernière, en Italie pendant l'épidémie, et, qui lui paraissent démontrer la nécessité de maintenir à dix jours au moins la durée de la quarantaine.

M. le Dr Bartoletti répondant à une question posée par M. le Dr Fauvel,

fait observer qu'il ne saurait, dans l'esprit de la Commission, être question de réduire la durée de la quarantaine pour les provenances de terre que tout autant qu'elles sont exemptes de choléra.

Convaincu du danger qu'il y a en général à diminuer la durée des quarantaines, M. le Dr Maccas n'est pas partisan de la réduction consentie par la Commission pour les provenances de terre, cependant il croit devoir expliquer à quelles conditions elle juge cette réduction possible. Il faut, bien entendu, que les voyageurs arrivent au lazaret dans des bonnes conditions et en outre que la durée du trajet depuis le départ du lieu contaminé soit de plus de trois journées de marche, étant toujours exceptés les pèlerinages et les mouvements de troupes.

M. le Dr Dickson déclare qu'il n'a aucune confiance dans l'efficacité des quarantaines de terre et que c'est la raison pour laquelle il s'abstient de prendre part à cette discussion.

La 15me section est mise aux voix et adoptée, (15 voix pour, 5 abstentions.)

Ont voté pour: MM. le Dr Sotto, Cte de Noidans, Dr Monlau, Dr Spadaro, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Dr Salvatori, Dr Millingen, Dr Sawas, Bon Testa, Dr Pelikan, Dr Bykow, Stenersen, S. Exc. Salih Effendi et Dr Bartoletti.

Abstentions: MM. de Dumreicher, Dr Goodeve, Dr Dickson, Dr Maccas, et Prof. Bosi.

Il est donné lecture de la 16me section. (Question de la *désinfection.*)

S'étant prononcé lors de la discussion du rapport général contre la possibilité de la transmission du choléra par les marchandises considérées dans leur signification propre, c'est-à-dire sortant des fabriques et bien emballées, M. le Dr Bykow ne croit à la nécessité de la désinfection que pour les drilles et les chiffons.

N'ayant pas non plus admis que les animaux vivants puissent conserver le germe cholérique dans leur enveloppe et le transmettre aux hommes, M. le Dr Bykow ajoute qu'il votera contre le 4me § de la section en discussion.

M. le Dr Mühlig est d'avis que la sentine (1er §) devrait être désinfectée avant d'être vidée ; de plus, les fumigations étant considérées aujourd'hui comme le moins efficace de tous les modes de désinfection, il est contraire à l'emploi, recommandé par la Commission, du chlore gazeux pour la purification des navires.

M. le Dr Mühlig fait remarquer ensuite qu'il est dit (§ 2) que l'aptitude des marchandises à transmettre le choléra n'est pas un fait jusqu'ici démontré ; cependant l'aperçu historique cite deux faits qui tendraient à prouver le contraire.

M. le Dr Bartoletti explique que la Commission a préféré s'appuyer sur les décisions de la Conférence plutôt que sur des faits douteux.

Répondant ensuite à une question posée par M. le Dr Goodeve, M. le Dr Bartoletti explique que la Commission ne croit pas nécessaire que les marchandises non susceptibles qui devront être soumises à l'aération soient préalablement déballées.

M. le Dr Maccas constate qu'il est sous-entendu, la chose ayant été ainsi décidée, que l'autorité sanitaire si elle a quelque soupçon, a toujours le droit avant de livrer des caisses déclarées renfermer des marchandises non susceptibles de vérifier leur contenu.

Les seules marchandises susceptibles étant les drilles, les chiffons, les cuirs et autres substances qui ne s'emballent jamais, M. le Dr Bartoletti fait observer que cette vérification sera sans utilité.

M. le Dr Fauvel ne voit pas la nécessité de retenir les marchandises de la 1re classe pendant toute la durée de la quarantaine : on pourrait les livrer plus tôt sans inconvénient et l'autorité sanitaire devrait être laissée libre de le faire sous sa responsabilité. L'aération pendant toute la durée de la quarantaine ne paraît, d'autre part, à M. le Dr Fauvel ni le meilleur, ni le plus rapide des moyens à employer pour la désinfection des caisses et des enveloppes, la Commission aurait mieux fait de ne pas spécifier.

M. le Dr Goodeve demandant comment on procèdera à la désinfection des lettres et des dépêches et notamment de la correspondance des Indes qui voyage dans des caisses fermées, M. le Dr Fauvel répond que les lettres et dépêches passent en transit et que dès lors chaque gouvernement sera libre de recourir au moyen qu'il jugera le meilleur.

M. le Dr Monlau est d'avis qu'on devrait renoncer au chlore pour la désinfection des lettres : les adresses s'effacent lorsque les lettres restent trop longtemps soumises à l'action de ce désinfectant.

La 16me section est mise aux voix et adoptée à l'unanimité moins une voix, celle de M. le Dr Goodeve qui s'abstient.—M. de Dumreicher fait ses réserves pour toutes les parties de cette section qui s'appuient sur les décisions de la Conférence touchant les quarantaines.—M. le Dr Maccas et

M. le Dr Bykow font également leurs réserves pour les points qu'ils ont indiqués, de même M. le Dr Millingen pour le 4me §.

Lecture est donnée de la 17me section (chapitre V.)

M. le Dr Monlau qui fait remarquer que la *patente suspecte* n'existe plus en fait depuis la Conférence de Paris de 1851 qui l'a supprimée, croit que la patente ne devrait recevoir aucune qualification au moment du départ. Les patentes pouvant varier pendant la durée du trajet s'il y a eu communication avec un lieu contaminé ou s'il s'est produit des accidents de santé suspects à bord, ce soin devrait être laissé aux autorités sanitaires du port d'arrivée. D'après M. le Dr Monlau qui regrette que la Commission n'ait pas traité plus longuement cette importante question, il devrait y avoir quatre dégrés, 1° *patente nette* lorsque le navire provenant d'un lieu indemne se trouve dans de bonnes conditions hygiéniques ; la *patente suspecte* lorsqu'un navire, bien que provenant d'un lieu indemne, a des raisons d'être tenu en suspicion ; 3° *la patente brute* lorsque le navire part d'un lieu contaminé, mais qu'il ne s'est produit aucun accident pendant la traversée ; 4e enfin *patente aggravée* lorsque le navire provient d'un lieu contaminé et qu'il y a eu des cas de choléra pendant le trajet.

M. le Dr Monlau demande aussi ce que la Commission entend par *circonscription sanitaire* du lieu du départ. En Espagne il s'agit d'un rayon de six lieues. M. le Dr Monlau fait du reste remarquer que les circonscriptions sanitaires n'ont plus de raison d'être depuis la création des chemins de fer.

M. le Dr Bartoletti répond que la circonscription sanitaire comprend les localités assez rapprochées du lieu du départ pour que les autorités puissent être également et exactement informées de tous les faits intéressant la santé publique qui viendraient à s'y reproduire.

La 17me section est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

Lecture est donnée de la 18me section.

M. le Dr Fauvel appelle l'attention de la Conférence sur les inconvénients qui résultent de l'usage qui a prévalu de ne commencer à signaler le choléra sur les patentes que quand l'épidémie est confirmée, et de négliger les premiers cas qu'on qualifie de *sporadiques* comme si les premiers cas qui marquent le début d'une épidémie n'étaient pas de même nature et tout aussi dangereux, au point de vue de la transmission, que les suivants. Cet usage vient d'une époque où l'on n'était pas encore édifié sur la trans-

missibilité du choléra et où l'on opposait le mot *sporadique* appliqué à cette maladie à celui d'*épidémique*. Mais plus tard, par un étrange abus de langage, on a fait du mot *sporadique* qui ne signifie que *cas isolés, en petit nombre,* un qualificatif de la nature de la maladie à opposer au mot *indien*, voulant exprimer que le choléra sporadique signifiait *choléra nostras*, c'est-à-dire non transmissible. Or c'est là une confusion qui est dangereuse dans la pratique. C'est pourquoi M. le Dr Fauvel voudrait que la Conférence exprimât le vœu que le mot *sporadique* fût supprimé sur les patentes où l'on se bornerait, suivant le cas, à mentionner l'existence du *choléra asiatique* ou du *choléra nostras*.

Quant au moment où la mention du *choléra asiatique* devrait être faite sur la patente, M. le Dr Fauvel adhère à l'opinion exprimée à ce sujet par la Commission.

M. le Dr Bartoletti fait remarquer que la proposition de M. le Dr Fauvel est en tout point conforme à la manière de voir de la Commission.

La Conférence tout entière donne son adhésion à cette proposition.

La 18me section est mise aux voix et adoptée à la l'unanimité.

Lecture est donnée de la 19me section.

M. le Dr Monlau fait observer que la patente consulaire dont la Commission demande la suppression, fournit le moyen de contrôler l'exactitude de la patente délivrée par l'autorité sanitaire quelquefois intéressée à retarder l'annonce officielle de la présence d'une épidémie, et qu'à ce titre elle n'est pas sans utilité.

M. le Dr Bartoletti et M. le Cte de Lallemand répondent que ce qu'il s'agit d'empêcher c'est que le même navire soit muni de plusieurs patentes. Le visa consulaire permettra, tout aussi bien que la patente consulaire, le contrôle des déclarations de l'autorité sanitaire.

M. le Cte de Lallemand ajoute que l'autorité sanitaire du lieu d'arrivée doit toujours, lorsqu'il y a désaccord, s'en rapporter à la déclaration la plus grave. C'est là ce qui avait été décidé par la Conférncee de 1851.

La 19me section est mise aux voix et adoptée à l'unanimité moins une voix, celle de M. de Dumreicher qui s'abstient.

Il en est de même de la 20me et dernière.

La Conférence s'associe avec empressement aux félicitations que M. le Dr Fauvel propose d'adresser à M. le Dr Bartoletti, auteur du rapport qui vient d'être discuté, ainsi qu'à tous les membres de la Commission.

La séance est levée à 5 heures.

Le Président de la Conférence Sanitaire,

SALIH.

Les Secrétaires,

Bon DE COLONGUE.— Dr NARANZI.

N° 44.

SÉANCE DU 26 SEPTEMBRE 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 26 septembre, à midi, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa quarante-quatrième et dernière séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. VETSERA, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.

M. le Docteur SOTTO, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien

Pour la Belgique :

M. le C^te^ de NOIDANS, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour le Danemark :

M. le Ch^er^ Dumreicher, consul-général de S. M. le Roi de Danemark à Alexandrie.

Pour l'Espagne :

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

S. G. Mgr. Brunoni, archevêque de Taron, vicaire-apostolique à Constantinople ;

M le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M B., délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople.

Pour la Grèce :

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie.

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

Mirza-Malkom-Khan, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur Sawas Efendi, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité à Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard PINTO DE SOVERAL, chargé d'affaires ;

Pour la Prusse :

M. le B^on^ TESTA, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur MÜHLIG, médecin de la Légation de Prusse, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur BYKOW, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. OLUF STENERSEN, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation à Constantinople ;

M le Docteur baron HÜBSCH ;

Pour la Turquie :

S. Exc. SALIH EFENDI, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur BARTOLETTI, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur SALEM BEY, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

Son Altesse A'ALI PACHA, Ministre des Affaires Étrangères, est introduit par M. le Président de la Conférence.

S. Exc. le Président donne la parole à M. le Comte de Lallemand, Président de la Commission chargée d'élaborer un énoncé des conclusions adoptées par la Conférence.

M. le Comte de Lallemand donne lecture du rapport de la Commission (voir l'annexe au présent procès-verbal.)

Après la lecture de ce rapport ou acte de clôture, Son Altesse A'ali pacha, prononce l'allocution suivante :

Messieurs,

«Le jour où j'ai eu l'honneur d'assister à votre séance d'ouverture, je vous exprimais la conviction de Mon Auguste Souverain et de Son Gouvernement que vous accompliriez avec succès la haute mission qui venait d'être confiée à vos lumières.

Vous avez pleinement justifiée, Messieurs, cette conviction. Le fléau qui afflige depuis tant d'années l'humanité, et, les moyens de l'en préserver n'ont jamais été l'objet d'une étude aussi approfondie et aussi consciencieuse que celle à laquelle vous vous êtes livré. Vos travaux resteront comme un monument et, vous pouvez compter dès-à présent sur les bénédictions et la reconnaissance du monde entier. Nos souhaits ne peuvent donc avoir désormais pour but que la réalisation des idées que vous avez émises, et, je puis vous assurer que la Sublime-Porte les prenant en sérieuse considération fera tout ce qui dépendra d'Elle pour faciliter leur mise à exécution.

Je saisis cette occasion pour vous répeter encore une fois que la Sublime-Porte se réjouit de ce que la capitale de l'Empire ait été choisie pour la réunion d'une Conférence dont le résultat ne manquera pas, nous en avons la certitude, de diminuer sinon de faire disparaître complètement la terrible maladie qui. a exercé jusqu'à aujourd'hui tant de cruels ravages.

Il me reste à vous remercier de la part de Sa Majesté le Sultan des soins éclairés avec lesquels vous avez rempli la noble tâche qui vous a été dévolue.

Je remercie aussi tout particulièrement la Conférence d'avoir témoigné beaucoup de bonne volonté pour la solution d'une question sanitaire qui intéresse le Gouvernement Impérial, et, qui se réfère à une réforme du tarif des droits sanitaires dans les ports Ottomans.

J'espère, Messieurs, qu'une entente diplomatique s'établira bientôt entre les différents Gouvernements pour arrêter, à ce sujet, une répartition équitable. «

M. le Comte de Lallemand se faisant l'interprète des sentiments qui animent ses collègues, exprime en termes bien sentis la reconnaissance dont la Conférence tout entière est profondement pénétrée pour la généreuse hospitalité qu'Elle a reçu du Gouvernement Impérial, et, pour les

bienveillantes attentions dont Elle a été l'objet de la part de Son Altesse le Ministre des affaires étrangères.

M. Fauvel demande à Son Altesse la permission de dire quelques mots :

Il croit, dit-il, être l'interprète de toute la Conférence en appelant la bienveillance du Gouvernement Impérial et de Son Altesse particulièrement sur M. le Dr Naranzi, qui a accompli sa charge de Secrétaire de la Conférence avec beaucoup de zèle et de distinction, et, qui par l'intelligente et exacte réproduction de ses discussions a contribué à l'élucidation de beaucoup de questions.

La recompense, continue M. Fauvel, que la Conférence ambitionne pour M. Naranzi serait que le Gouvernement de Sa Majesté le Sultan le confirmât dans la place qu'il occupe provisoirement au Conseil de Santé où pour venir en aide à notre si méritant collègue M. le Dr Bartoletti, sur qui pesait une des plus lourdes tâches de la Conférence, il a rempli bénévolément pendant plusieurs mois les fonctions de Secrétaire du Conseil.

La place de Secrétaire du Conseil Supérieur de Santé, dit M. Fauvel, exige un homme qui soit au courant des affaires sanitaires ; or, M. Naranzi a acquis par les fonctions qu'il vient de remplir soit auprès de la Conférence, soit auprès du Conseil, l'expérience nécessaire. D'ailleurs il est indispensable de décharger du soin des procès-verbaux de ce Conseil M. Bartoletti pour lui permettre de consacrer entièrement sa grande expérience aux améliorations que réclame le service sanitaire et qui sont une conséquence des travaux de la Conférence.

A la suite du vœu exprimé par M. Fauvel tous les Délégués déclarent s'associer pleinement à la demande qu'il vient de formuler à l'égard de M. Naranzi.

Son Altesse A'ali pacha répond à M. Fauvel qu'il est heureux d'entendre parler en ces termes de M. Naranzi que le Gouvernement Ottoman lui-même avait proposé comme Secrétaire de la Conférence.

Son Altesse le Ministre des affaires étrangères assure la Conférence qu'il se fera un plaisir d'attirer sur M. Naranzi la bienveillante attention de Sa Majesté le Sultan et qu'il ne manquera pas de saisir le Gouvernement Impérial de la demande que la Conférence par l'organe de M. Fauvel vient de formuler en sa faveur.

Ensuite Son Altesse le Ministre des affairesétrangères prononce la clôture de la Conférence et se retire.

Son Exc. le Président donne la parole à Messieurs les Secrétaires pour la lecture des procès-verbaux des deux dernières séances.

Ils sont adoptés à l'unanimité :

M. le Comte de Lallemand prie S. Exc. le Président de vouloir signer l'acte final dont il a donné lecture pour que tous les Délégués puissent successivement y apposer leur signature séance tenante.

M. Maccas propose de le signer aussi pour les Délégués absents.

M. Pinto de Soveral combat cette proposition, et, il déclare qu'il considérera comme illégale toute signature apposée sur l'acte final après la clôture de la Conférence. Pour ce qui le concerne il n'entend pas même signer pour son collègue M. le Dr Gomez bien qu'avant son départ de Constantinople il eût pris connaissance de l'acte de clôture.

On ne pourrait, signer pour MM. les Délégués absents qu'en vertu d'une autorisation spéciale de leur part et d'une procuration acceptée par la Conférence. Cette autorisation n'ayant été donnée à aucun des Délégués, M. de Soveral persiste dans l'opinion qu'il vient de soutenir, à savoir, de ne faire signer l'acte final que par MM. les Délégués qui assistent à la séance.

Après avoir entendu l'avis de plusieurs Délégués, la Conférence décide de laisser ouvert pendant trois jours l'acte final entre les mains de M. Naranzi pour donner le loisir à MM. les Délégués qui n'assistent pas à la séance mais qui n'ont pas quitté la capitale d'y apposer leur signature.

MM. Segovia et Kalergi se trouvant dans le pays seront invités à signer l'acte final. Alors il portera 31 signatures.

L'acte final est signé par 29 Délégués présents.

M. Bartoletti ayant obtenue la parole s'exprime en ces termes :

« Je me suis associé sincèrement au vœu de la Conférence au sujet de notre digne Secrétaire M. le Dr Naranzi. Je crois à mon tour, Délégué de la Sublime-Porte, être l'interprète des sentiments de la Conférence en lui proposant d'adresser un tribut d'éloge bien mérité à son collègue M. le Bon de Collongue qui a partagé avec tant de zèle et de distinction le travail si rude et si délicat de la rédaction des procès-verbaux de la Conférence.

La Conférence tout entière applaudit aax paroles M. le Dr Bartoletti.

Son Exc. le Président prend la parole et dit :

« Messieurs les Délégués,

« Après huit mois d'un travail assidu et pénible, vous êtes parvenus au terme de votre tâche.

» La mission scientifique autant qu'humanitaire que vos gouvernements vous avaient confiée, vous l'avez consciencieusement accomplie, et vous avez érigé un monument scientifique grandiose qui rend témoignage, d'une manière irréfragable, de vos lumières, ainsi que de votre zèle et de votre dévoûment à la cause de l'humanité.

» Appelé par vos suffrages à diriger vos difficiles débats, vous avez rendue ma charge moins lourde et beaucoup plus facile en me prêtant incessamment un concours efficace et un puissant appui. »

«Le doux souvenir d'une vie d'étude passée en commun pendant plusieurs mois, restera toujours gravé dans ma mémoire, et, mon cœur gardera toujours un sentiment sympathique et affectueux pour l'illustre assemblée que j'ai eu l'honneur de présider.

Au moment de nous séparer et de nous dire adieu, qu'il me soit permis, Messieurs, de croire que vous partagez la vive émotion que je ressents, et, que vous ne quittez pas sans regret le sol Ottoman. »

Sa Grandeur Monseigneur Brunoni parlant au nom de la Conférence assure Son Excellence Salih effendi que dans l'exercice de ses délicates, fonctions, soit comme Président de la Conférence soit comme premier Délégué de la Sublime-Porte, il a su se captiver la sympathie et l'estime de tous ses Collègues.

M. Fauvel ajoute que la Conférence désire que la Sublime-Porte soit instruite que Son Excellence Salih effendi a pleinement justifiée la confiance qu'elle avait placée en lui, et, qu'il a inspiré à tous ses collègues la plus profonde estime

La Conférence Sanitaire Internationale ayant accompli son œuvre se sépare en manifestant l'espoir que ses travaux ne resteront pas stériles.

La séance est levée à 4 heures.

Le Président de la Conférence Sanitaire,

SALIH.

Les Secrétaires,

Dr Naranzi; — Bon de Collongue.

(*ANNEXE AU PROCÈS-VERBAL N° 44.*)

RELEVÉ

DES CONCLUSIONS ADOPTÉES PAR LA CONFÉRENCE EN RÉPONSE AUX QUESTIONS DE SON PROGRAMME

Précédé d'un Prologue.

Fait par une Commission composée de MM. le C^te^ DE LALLEMAND, *Président* ; D^on^ A. M. SEGOVIA. C^te^ DE NOIDANS, D^rs^ BARTOLETTI, FAUVEL, GOODEVE, MONLAU.

La Conférence Sanitaire Internationale, au moment de se séparer, croit devoir clore ses séances par un acte qui constate l'esprit dont elle s'est inspirée et qui offre tant aux hommes de Gouvernement et de science qu'au public, un moyen d'étudier plus aisément ses travaux et d'entrer pleinement dans l'intelligence de ses résolutions.

Inaugurée le 13 février de cette année par S. A. A'ali pacha, la Confé-

rence est restée constamment fidèle à l'esprit qui a présidé à sa convocation et qu ce Ministre définissait dans une allocution bienveillante, c'est-à-dire à l'esprit de science et de philantropie. Servir la science et par elle servir les intérêts de l'humanité et de la santé publique en général, telle a été sa pensée unique et constante.

Aussitôt constituée sous la présidence de S. Exc. Salih effendi, premier délégué de Turquie, et après avoir réglé le mode de votation et l'ordre des discussions, la Conférence a eu à délibérer sur une proposition qui lui était faite d'urgence par deux de ses membres, les Délégués de France, et qui avait pour but de prévenir, dès cette année, le danger d'une nouvelle importation du choléra asiatique en Europe par l'Egypte. Elle n'a pas cru pouvoir demeurer indifférente à la pensée qu'au moment même où elle se consulterait sur des mesures d'une efficacité ultérieure ou même éloignée, le choléra ferait peut-être une nouvelle irruption sur les rives de la Méditerranée à la suite des pélerins musulmans revenant de La Mecque. Elle a donc pris en considération la proposition qui lui était faite et, après un examen qui a duré quatre séances, elle l'a adoptée à la majorité de 17 voix contre 8. (*Voir les procès-verbaux* N^{os} 3, 4, 5 et 6.)

En même temps, la Conférence confiait à une Commission le soin de préparer le programme de ses travaux.

Cette commission a déposé son rapport le 8 mars à la septième séance, et la Conférence a adopté, sauf les additions et transpositions jugées nécessaires, le programme d'études qui lui était proposé avec sa division en quatre groupes de questions. Le quatrième, qui peut-être ne mériterait pas ce nom, se compose d'une seule question qui se trouve résolue par le présent acte, celle de la forme à donner aux résolutions à prendre par l'Assemblée.

La Conférence se réfère à la table ci-annexée pour le relevé des conclusions adoptées en réponse aux questions portées au programme. Elle se borne pour le surplus à consigner ici le jugement qu'elle porte du résultat de ses travaux.

En ce qui touche la première partie de ses études, celle qui concerne l'origine, l'endémicité, la transmissibilité et la propagation du choléra, la Conférence n'a pas la prétention d'avoir résolu tous les problèmes qui se rattachent à ces sujets importants et difficiles ; mais elle a conscience de n'en avoir négligé aucun, de n'avoir hazardé aucune conclusion téméraire

et enfin d'avoir indiqué exactement ce qui reste à faire après elle.

Pour ce qui est de la seconde partie de son travail, la Conférence est plus confiante. Elle pense que si les mesures qu'elle recommande sont exécutées non pas même dans leur totalité et avec un ensemble parfait, ce qu'elle n'ose espérer, mais dans ce qu'elles ont de principal et d'essentiel, le but qu'elle s'est proposé sera atteint, c'est-à-dire que les chances d'importation et de propagation du choléra indien seront réduites au minimum possible.

Dans cette confiance et en soumettant son œuvre aux Gouvernements qui l'ont réunie, la Conférence invoque leur haute protection sur cette œuvre qui est aussi la leur. Etrangère à toute préoccupation politique, ainsi qu'elle devait l'être, elle se croit fondée à espérer qu'aucun intérêt autre que celui de la santé publique ne s'opposera à un accord entre eux qui est à souhaiter dans un but de préservation commune. En conséquence et pleine de respect pour les Gouvernements, pour leurs lumières et pour leurs intentions philantropiques, elle les convie à s'entendre dans une pensée de prévoyance et de salut pour les populations.

RELEVÉ DES CONCLUSIONS.

—

PREMIER GROUPE DE QUESTIONS :

Origine et Genèse du Choléra ; endémicité et épidémicité de cette maladie dans l'Inde.

—

CONCLUSIONS :

Le choléra asiatique, celui qui à diverses reprises a parcouru le monde, a son origine dans l'Inde où il a pris naissance et où il existe en permanence à l'état endémique.

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 14—page 4.

—

La Conférence considère comme démontré que le choléra asiatique, envahissant, ne s'est jamais développé spontanément et n'a jamais été observé à l'état d'endé-

mie, (qu'il faut bien distinguer des foyers secondaires plus ou moins tenaces) *dans aucun des pays qui viennent d'être énumérés* (Europe, etc.), *et qu'il y est toujours venu du dehors. Quant aux pays voisins de l'Inde, tout en admettant comme probable que le choléra n'y existe pas à l'état endémique, la Conférence ne se croit pas autorisée à conclure formellement à cet égard.*

— Adoptée par 19 voix contre 2. — Procès-verbal N° 16—page 11.

—

La Conférence sans rejeter la possibilité que le choléra ne vienne à s'acclimater dans nos pays, regarde le fait comme problématique.

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 16—page 11.

—

Le choléra asiatique ne paraît pas avoir dans le Hedjaz le foyer originel, mais il semble y avoir été jusqu'ici toujours importé du dehors.

— Adoptée par 19 voix contre 0.—MM. Dikson, Goodeve et Monlau se sont abstenus.—Procès-verbal N° 17—page 9.

—

Relativement à l'endémicité du choléra dans l'Inde, la Conférence ne peut que répondre *qu'il y a dans l'Inde certaines localités, comprises principalement dans la vallée du Gange, où le choléra est endémique, sans qu'il soit possible de les préciser toutes, ni d'affirmer qu'elles aient le privilège exclusif de donner naissance à la maladie.*

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 17—page 9.

—

Relativement aux causes de l'endémie cholérique, la Conférence répond que *nous ne connaisons pas les conditions spéciales sous l'influence desquelles le choléra naît dans l'Inde et y règne dans certaines localités à l'état endémique.*

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 17—page 9.

—

Relativement aux circonstances qui concourent au développement et à la propagation des épidémies de choléra dans l'Inde, la Conférence conclut *que les pèlerinages sont, dans l'Inde, la plus puissante de toutes les causes qui concourent au développement et à la propagation des épidémies de choléra.*

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 17—page 10.

———

DEUXIÈME GROUPE DE QUESTIONS :

Transmissibilité et propagation du choléra.

1° PREUVES DE LA TRANSMISSIBILITÉ TIRÉES DE LA MARCHE DES ÉPIDÉMIES DE CHOLÉRA CONSIDÉRÉES EN GÉNÉRAL.

—

CONCLUSION :

Tous les faits énoncés ne démontrent-ils pas jusqu'à la dernière évidence que le choléra est propagé par l'homme et avec une vitesse d'autant plus grande que ses propres migrations se sont activées et sont devenues plus rapides ? La Conférence n'hésite pas à répondre affirmativement.

— Adoptée à l'unanimité, moins M. Monlau qui s'est abstenu.—Procès-verbal N° 18—page 7.

2° PREUVES TIRÉES DE FAITS ÉTABLISSANT LA PROPAGATION DU CHOLÉRA PAR IMPORTATION.

3° PREUVES TIRÉES DE LA PROGRESSION DES ÉPIDÉMIES DE CHOLÉRA DANS LES LOCALITÉS ATTEINTES.

4° PREUVES TIRÉES DE L'EFFICACITÉ DE CERTAINES MESURES PRÉVENTIVES.

— Texte relatif à ces preuves adopté par 21 voix contre 0. MM Segovia, Monlau, Malkom, Sawas, et Gomès se sont abstenus. - Procès-verbal N° 18 —page 8.

—

CONCLUSION GÉNÉRALE DU CHAPITRE :

La Conférence conclut que la transmissibilité du choléra asiatique est une vérité incontestable, prouvée par des faits qui n'admettent aucune autre interprétation.

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 18 page 8.

—

Sur la possibilité de la propagation du choléra par l'atmosphère la Conférence répond qu'*aucun fait n'est venu prouver jusqu'ici que le choléra puisse se propager au loin, par l'atmosphère seule, dans quelque condition qu'elle soit; et*

qu'en outre c'est une loi, sans exception, que jamais une épidémie de choléra ne s'est propagée d'un point à un autre dans un temps plus court que celui nécessaire à l'homme pour s'y transporter.

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 18—page 8.

—

Comment s'opère l'importation du choléra et quels sont les agents de la transmission ?

L'homme atteint de choléra est, par lui-même, le principal agent propapagateur de cette maladie, et un seul cholérique peut donner lieu au développement d'une épidémie.

— Adoptée è l'unanimité.—Procès-verbal N° 18—page 8.

—

La Conférence a été amenée à conclure que *certains faits tendent à prouver qu'un seul individu (à plus forte raison plusieurs) venant d'un lieu contaminé, et souffrant de diarrhée, peut suffire à donner lieu au développement d'une épidémie cholérique, ou, en d'autres termes, que la diarrhée dite prémonitoire peut transmettre le choléra.*

— Adoptée à l'unanimité, moins M, Millingen.—Procès-verbal N° 18—page 9.

—

Durée de l'incubation.

Conclusion : *Dans presque tous les cas où la période d'incubation, c'est-à-dire le temps écoulé entre le moment où un individu a pu contracter l'intoxication cholérique et le début de la diarrhée prémonitoire ou du choléra confirmé, ne dépasse pas quelques jours. Tous les faits cités d'une incubation plus longue se rapportent à des cas qui ne sont pas concluants, ou bien parce que la diarrhée prémonitoire a été comprise dans la période d'incubation, ou bien parce que la contamination a pu avoir lieu après le départ du lieu infecté.*

— Adoptée à la majorité de 20 voix contre 1, celle de Salem bey. Se sont abstenus de voter MM. Millingen, Malcom-khan et Sawas.—Procés-verbal N° 18—page 10.

—

Sur la question de savoir si le choléra peut-être importé et transmis par pes animaux vivants, la Conférence a répondu : *il n'y a aucun fait*

connu qui établisse que le choléra ait été importé par des animaux vivants ; mais il est rationnel cependant de les considérer, dans certains cas, comme étant des objets dits susceptibles.

— La première partie de la conclusion a été adoptée à l'unanimité ; la seconde par 16 voix contre 8. Il y a eu 3 abstensions.—Procès-verbal N° 18—pages 14 et 15.

—

Sur la question de savoir si le choléra peut être importé et transmis par des linges, des hardes, etc., la Conférence a répondu que *le choléra peut être transmis par les effets à usage provenant d'un lieu infecté et spécialement par ceux qui ont servi aux cholériques; et que même il résulte de certains faits que la maladie peut être importée au loin par ces mêmes effets renfermés à l'abri du contact de l'air libre.*

— Adoptée par 21 voix contre 2 (MM. Dickson et Stenersen) et 2 abstentions (MM. Keun et Lenz). — Procès-verbal N° 19—page 9.

—

Relativement aux marchandises, la Conférence, *tout en constatent à l'unanimité, l'absence de preuves à l'appui de la transmission du choléra par des marchandises, a admis* (à la majorité du 16 voix contre 5 et 3 abstentions) *la possibilité du fait dans certaines conditions.*

—

Résumant ce qui vient dit dans les articles précédents, la Conférence, jusqu'à plus ample informé, *croit qu'il sera sage de considérer comme suspecte, à moins de conditions particulières et déterminées, toute provenance d'un foyer cholérique.*

— Adoptée par 14 voix, 10 abstentions. — Procès-verbal N° 19 — pages 12 et 13.

—

En ce qui concerne les cadavres de cholériques, la Conférence a répondu : *Bien qu'il ne soit pas prouvé par des faits concluants que les cadavres de cholériques puissent transmettre le choléra, il est prudent de les considérer comme dangereux.*

— Adoptée par 22 voix contre 0. — M. Sawas s'est abstenu.—Procès-verbal N° 20—page 5.

—

De l'influence des moyens de communications.

La Conférence est d'avis que les communications maritimes sont, par leur nature, les plus dangereuses; que ce sont elles qui propagent le plus sûrement au loin le choléra, et qu'ensuite viennent celles par chemins de fer qui, dans un temps très court, peuvent porter la maladie à grande distance.

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 20—page 5.

—

Quant à l'influence des déserts, la Conférence, *s'en tenant aux faits établis par l'expérience, conclut que les grands déserts sont une barrière très efficace contre la propagation du choléra, et elle reconnait qu'il est sans exemple que cette maladie ait été importée en Egypte ou en Syrie, à travers le désert, par les caravanes parties de La Mecque.*

— Adoptée par 22 voix contre 0.—3 abstentions, MM. Polak, Monlau, Maccas.—Procès-verbal N° 20—page 13.

—

De l'influence des agglomérations.

La Conférence répond d'une manière générale que *toute agglomération d'hommes—parmi laquelle s'introduit le choléra—est une condition favorable à l'extension rapide de la maladie, et — si cette agglomération se trouve dans de mauvaises conditions hygiéniques—à la violence de l'épidémie parmi elle ;*

Qu'en pareil cas la rapidité de l'extension est proportionnée à la concentration de la masse agglomérée, tandis que la violence de l'épidémie est—toutes choses égales d'ailleurs—d'autant plus prononcée que les individus composant l'agglomération ont moins subi déjà l'influence cholérique, ou en sont restés vierges ; c'est-à-dire, en d'autres termes, que les individus qui ont déjà subi l'influence d'un foyer cholérique jouissent d'une sorte d'immunité relative et temporaire qui contre-balance les fâcheux effets de l'agglomération ;

Qu'enfin, dans une masse agglomérée, plus l'extension est rapide plus aussi la cessation de l'épidémie est prompte, à moins que de nouveaux arrivages sains ne viennent fournir un nouvel aliment à la maladie et ainsi l'entretenir.

— Adoptée par 20 voix contre 0.—2 abstentions MM. Segovia et Monlau. —Procès-verbal N° 20—page 15.

—

En ce qui concerne les navires, la Conférence conclut *que l'intensité des épidémies de choléra à bord des navires encombrés d'hommes est, en général, proportionnée à l'encombrement et est d'autant plus violente, toutes choses égales d'ailleurs, que ces hommes ne sortent pas d'un foyer cholérique où ils ont séjourné ; que sur les navires encombrés la marche des épidémies de choléra est d'ordinaire rapide ; enfin la Conférence ajoute que le danger d'importation par les navires et celui de donner lieu à une épidémie grave ne sont pas entièrement subordonnés à l'intensité, ni même à l'existence des accidents cholériques constatés à bord pendant la traversée.*

-- Adoptée par 19 voix contre 0.—M. Maccas s'est abstenu.—Procès-verbal N° 20—page 18.

—

Relativement aux lazarets la Conférence conclut *que l'agglomération d'individus provenant d'un lieu où règne le choléra, dans un lazaret, n'a pas pour effet de produire parmi les quarantenaires une grande extension de la maladie, mais qu'une telle agglomération n'en est pas moins très dangereuse pour le voisinage, en ce qu'elle est propre à y favoriser la propagation du choléra.*

— Adoptée par 15 voix contre 0 —M. Monlau s'est abstenu. Les autres membres absents.—Procès-verbal N° 20—page 20.

—

Par rapport aux grandes agglomérations d'hommes,la Conférence conclut *que les grandes agglomérations d'hommes (armées, foires, pèlerinages,) sont un des plus sûrs moyens de propagation du choléra ; qu'elles constituent de grands foyers épidémiques qui, soit qu'ils marchent à la manière d'une armée, soit qu'ils se disséminent comme les foires et les pèlerinages, importent la maladie dans les pays qu'ils traversent ; que ces agglomérations, après avoir subi, d'une manière ordinairement rapide, l'influence du choléra, y deviennent beaucoup moins sensibles et que celle-ci y disparaît même très-promptement, à moins que de nouveaux-arrivés ne viennent entretenir la maladie.*

— Adoptée à l'unanimité (22 voix).—Procès-verbal N° 21—page 6.

—

Relativement à l'influence de la dissémination la Conférence conclut *que la dissémination d'une masse agglomérée, opérée en temps opportun, peut rendre moins violente une épidémie de choléra qui vient d'y apparaître et même en arrêter l'extension; mais que cette dissémination ferait naître au contraire un*

grand danger de propagation, si elle était accomplie au sein de localités encore indemnes.

— Adoptée à l'unanimité (22 voix).—Procès-verbal N° 21—page 9.

—

Quant au rôle du pèlerinage de La Mecque, la Conférence conclut que *le rôle du pèlerinage de La Mecque, comme agent propagateur du choléra par rapport aux contrées voisines de l'Europe* (les seules à l'égard desquelles nous avons des renseignements positifs),*a été l'importation de cette maladie en Egypte, deux fois, à 34 ans d'intervalle, pendant la saison chaude.*

— Adoptée à l'unanimité (22 voix).—Procès-verbal N° 21—page 9.

—

De l'influence des conditions hygiéniques.

En conclusion, la Conférence reconnaît *que les conditions hygiéniques et autres qui en général prédisposent une population à contracter le choléra et par suite favorisent l'intensité des épidémies, sont : la misère avec toutes ses conséquences, l'accumulation des individus, l'état maladif de ceux-ci, la saison chaude, le défaut d'aérage, les exhalaisons d'un sol poreux imprégné de matières organiques, surtout si ces matières proviennent de déjections cholériques.*

En outre, la Conférence opine que, comme il paraît démontré par l'expérience que les déjections des cholériques renferment le principe générateur du choléra, il est légitime d'admettre que les égouts, les lieux d'aisance et les eaux contaminées d'une ville peuvent devenir des agents de propagation de la maladie.

La Conférence ajoute qu'il semble résulter de certains faits que le sol d'une localité, une fois imprégné de détritus cholériques, a pu conserver pendant un temps assez long la propriété de dégager le principe de la maladie et d'entretenir ainsi une épidémie, ou même de la régénérer alors qu'elle était éteinte.

— Adoptée à l'unanimité (19 voix).—Procès-verbal N° 21 page 14.

—

De l'immunité par rapport au choléra.

En conclusion, *l'immunité dont jouissent certaines localités, c'est-à-dire la résistance, permanente ou temporaire, générale ou partielle, opposée par ces localités au développement du choléra dans leur circonscription, est un fait qui n'exclut pas la transmissibilité, mais qui indique que certaines conditions locales, non encore toutes déterminées, sont un obstacle au développement de la maladie.*

De même l'immunité plus ou moins complète et plus ou moins durable dont jouissent le plus grand nombre des personnes placées au milieu d'un foyer cholérique, immunité qui atteste la résistance individuelle au principe toxique, est une circonstance dont il faut tenir le plus grand compte.

Au point de vue du développement épidémique, elle est le correctif de la transmissibilité, et sous le rapport de la prophylaxie, elle met sur la voie des moyens propres à restreindre les ravages de la maladie,

— Adoptée à la majorité de 21 voix contre 1 M. Sawas.—Se sont abstenus MM. Monlau, Maccas, Sténersen.—Procés-verbal N° 22—page 15.

—

Déductions relatives aux attributs du principe générateur du choléra.

En résumé, selon la Conférence, *dans l'état actuel de la science, on ne peut émettre que des hypothèses sur la nature du principe générateur du choléra ; nous savons seulement qu'il est originaire de certaines contrées de l'Inde et qu'il s'y maintient en permanence ; que ce principe se régénère dans l'homme, et l'accompagne dans ses pérégrinations ; qu'il peut ainsi être propagé au loin, de pays en pays, par des régénérations successives, sans jamais alors se reproduire spontanément en dehors de l'homme.*

— Adoptée à l'unanimité (25 voix), moins M. Goodeve qui s'est abstenu. —Procès-verbal N° 22—page 15.

—

Relativement aux véhicules du principe générateur du choléra, la Conférence conclut que *l'air ambiant est le véhicule principal de l'agent générateur du choléra ; mais la transmission de la maladie par l'atmosphère reste, dans l'immense majorité des cas, limitée à une distance très-rapprochée du foyer d'émission. Quant aux faits cités de transport par l'atmosphère à un ou plusieurs milles de distance, ils ne sont pas suffisamment concluants.*

Adoptée à la majorité de 24 voix contre 0. M. Sawas s'est abstenu.— M. Goodeve a fait une réserve quant à la distance.—Procès-verbal N° 22 —page 16.

—

Selon la Conférence, *l'eau et certains ingesta peuvent aussi servir de véhicules à l'introduction dans l'organisme du principe générateur du choléra.*

Cela posé, il s'en suit pour ainsi dire nécessairement que *les voies par lesquelles l'agent toxique pénètre dans l'économie sont principalement les voies respiratoires et très probablement aussi les voies digestives. Quant à la pénétration par la peau, rien ne tend à l'établir.*

— Adoptée à l'unanimité (26 voix).—Procès-verbal N° 22—page 17.

—

Quant aux principaux réceptacles du principe cholérique, la Conférence conclut que *la matière des déjections cholériques étant incontestablement le principal réceptacle de l'agent morbifique, il s'en suit que tout ce qui est contaminé par ces déjections devient aussi un réceptacle d'où le principe générateur du choléra peut se dégager, sous l'influence de conditions favorables ; il s'ensuit encore que la genèse du germe cholérique a lieu très probablement dans les voies digestives, à l'exclusion, peut-être, de tout autre appareil de l'organisme.*

— Adoptée à l'unanimité (26 voix).—Procès-verbal N° 22—page 17.

—

Par rapport à la durée de l'activité morbifique du principe hors de l'organisme, la Conférence répond *qu'il résulte de l'étude des faits qu'à l'air libre le principe générateur du choléra perd rapidement son activité morbifique et que telle est la règle ; mais que, dans certaines conditions particulières de confinement, cette activité peut se conserver pendant un temps indéterminé.*

— Adoptée à l'unanimité (25 voix).—Procès-verbal N° 22—page 17.

—

Par rapport à la durée de la diarrhée cholérique, la Conférence déclare que *l'observation montre que la durée de la diarrhée cholérique, dite prémonitoire,—qu'il ne faut pas confondre avec toutes les diarrhées qui existent en temps de choléra,—ne dépasse pas quelques jours.*

Les faits cités comme exceptionnels ne prouvent pas que les cas de diarrhée qui se prolongent au delà appartiennent au choléra et soient susceptibles de transmettre la maladie, quand l'individu atteint a été soustrait à toute cause de contamination.

— Adoptée par 15 voix contre 4, MM. Monlau, Millingen, Gomès et Mühlig.—Se sont abstenus MM. Vernoni, Keun, Sawas.—MM. de Lallemand et Maccas ont fait une réserve sur la 2me partie de la conclusion.

Rapport sur la marche et le mode de propagation du choléra en 1865.

CONCLUSIONS ADOPTÉES PAR LA CONFÉRENCE :

Des faits observés en 1865, il résulte : 1° *que la propagation du choléra s'effectue par le mouvement des hommes, quels que soient d'ailleurs les moyens de locomotion dont ils se servent ;* 2° *que la propagation en est d'autant plus à craindre que les moyens de locomotion sont plus rapides et plus multipliés ;* 3° *que, toutes choses égales d'ailleurs, une grande masse infectée ou un seul individu malade peuvent propager le choléra à de grandes distances.*

TROISIÈME GROUPE DE QUESTIONS :

I

Mesures Hygiéniques.

CONCLUSIONS:

Dans l'opinion de la Conférence, *nous ne connaissons pas des moyens directs pour éteindre les foyers endémiques du choléra, mais on peut espérer d'y parvenir par un ensemble de mesures parmi lesquelles le rôle le plus important reviendra aux mesures hygiéniques.*

Apoptée à l'unanimité.—Procés-verbal N° 24—page 11.

—

Quant à l'hygiène navale, la Conférence est d'avis que l'on devrait :

1° *Ouvrir des concours, et décerner des prix aux auteurs des découvertes ou perfectionnements dont le résultat immédiat serait un progrès quelconque dans l'assainissement des navires, dans l'amélioration des conditions hygiéniques des équipages, ou dans le bien-être des passagers.*

2° *Publier un manuel d'hygiène navale à l'usage de la marine marchande de chaque pays. L'exécution des prescriptions les plus importantes de ce manuel serait obligatoire pour les capitaines ou patrons.*

3° *Encourager par des primes et des récompenses ceux des armateurs, capitaines ou patrons de navire qui se seraient distingués dans le bon entretien de leurs bâtiments et de leurs équipages.*

— Adoptée à l'unanimité.—MM. Millingen, Testa, Mühlig et Salem bey se sont abstenus.—Procès-verbal N° 29—page 4.

—

Pendant le choléra surtout *il faut éviter*, suivant la Conférence, *les inconvénients et les dangers provenant d'une mauvaise place de mouillage, de l'eau potable et des provisions mal choisies, de l'encombrement, de l'état sanitaire des hommes embarqués, de l'état des effets à usage, de la qualité des marchandises, du manque de séparation des malades, du défaut de ventilation du*

navire et de l'aération des effets à usage et surtout du manque de propreté des lieux d'aisance.

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 29—page 4.

—

La Conférence est d'avis que *l'assainissement des ports, avec défense d'y faire aboutir les égouts de la ville, leur dragage périodique et leur bonne police sanitaire intérieure, sont des mesures hygiéniques de la plus haute importance pour la préservation des maladies transmissibles en général et du choléra en particulier.*

L'assainissement des quartiers, attenant aux ports de mer, et leur police sanitaire la plus sévère sont aussi des mesures de préservation très importantes.

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 25—page 8.

—

Dans l'opinion de la Conférence, *l'assainissement des villes est un moyen préventif de premier ordre pour s'opposer à la réception du choléra, et en mitiger les ravages.*

Cet assainissement doit être basé principalement sur un ensemble de mesures qui tendent à maintenir la pureté de l'air, à approvisionner les villes d'une eau saine et abondante et à empêcher l'infection du sol par des matières organiques.

La désinfection sur place, et l'enlèvement immédiat des matières excrémentielles, est une mesure hygiénique d'une importance capitale, surtout en temps de choléra.

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 25—page 11.

—

Suivant la Conférence, *une sage organisation de l'assistance publique,—les visites préventives générales, ou, à leur défaut, les visites médicales dans les maisons envahies, — les secours immédiats aux attaqués, — la publication des Instructions populaires,—l'encouragement qui naît de la confiance dans la promptitude et l'étendue des secours, et de la publication de l'état véritable de l'épidémie, ainsi que l'installation d'hôpitaux spéciaux et de maisons de refuge temporaire pour abriter les familles des malades pauvres, sont des mesures hygiéniques et administratives très efficaces pour entraver la propagation du choléra, et pour en diminuer les ravages, dans les localités envahies.*

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 26—page 20.

—

Suivant la Conférence, *l'interruption temporaire des communications avec les lieux infectés, pourvu qu'elle puisse être absolue, est le préservatif le plus sûr contre la transmission du choléra.*

Le déplacement opportun et la dissémination méthodique des agglomérations mobiles (caravanes, corps de troupes, etc.) *sont des mesures hygiéniques très efficaces pour prévenir le choléra d'éclater parmi elles, ainsi que pour en arrêter l'extension ou en adoucir la violence.*

L'émigration opportune et la dissémination bien réglée peuvent donner lieu aux mêmes résultats favorables dans les agglomérations fixes (localités, établissements publics).

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 27—page 4.

—

La Conférence est d'avis que *la désinfection appliquée au choléra, d'après une méthode rationnelle et avec persévérance, s'offre comme un puissant auxiliaire* :

1° *Pour diminuer la réceptivité d'une localité menacée par le choléra* ;

2° *Pour détruire le germe de la maladie importé dans une localité ; et*

3° *Pour limiter, dans certaines circonstances favorables, l'extension de l'épidémie.*

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 28—page 10.

—

II

MESURES A PRENDRE EN ORIENT

POUR

Prévenir de nouvelles invasions du choléra en Europe.

Questions préliminaires.

CONCLUSIONS :

La Conférence est d'avis *que les mesures restrictives, connues d'avance et appliquées convenablement, sont beaucoup moins préjudiciables pour le commerce et les relations internationales que la perturbation qui frappe l'industrie et les transactions commerciales à la suite d'une invasion de choléra.*

— Adoptée par 20 voix contre 0. — MM. Goodeve, Keun et Millingen se sont abstenus.—Procès-verbal N 30—page 8.

—

La Conférence est d'avis *que plus les mesures de quarantaine et les autres moyens prophylactiques contre le choléra seront appliqués près du foyer originel de la maladie, moins ces mesures seraient onéreuses et plus on pourrait compter sur leur efficacité* (en supposant une application convenable) *au point de vue de la préservation de l'Europe.*

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 30 - page 17.

—

Mesures à prendre dans l'Inde.

CONCLUSIONS:

La Conférence *ne considère pas comme impossible qu'on puisse parvenir à éteindre le choléra envahissant dans l'Inde, et elle croit qu'en tout cas on peut y restreindre son développement épidémique. Pour atteindre ce double but, elle admet la nécessité d'études suivies, ayant pour objet de déterminer les conditions spéciales qui produisent et entretiennent l'endémie cholérique, ainsi que les rapports existant entre cette endémie et les explosions épidémiques, tout en poursuivant les améliorations hygiéniques déjà commencées. Quant aux particularités sur lesquelles devraient porter ces études, la Conférence s'en réfère à ce qui a été dit précédemment à ce sujet.*

Apoptée à l'unanimité.—Procés-verbal N° 30—page 19.

—

Relativement aux pèlerinages indiens, la Conférence est d'avis *que pour combattre l'influence des pèlerinages indiens sur le développement du choléra, il importerait :* 1° *de s'appliquer à restreindre le nombre des pèlerins en les obligeant, s'il est possible, à se pourvoir, avant le départ, d'une autorisation qui ne serait délivrée qu'à celui qui aurait prouvé avoir les moyens de subvenir à ses besoins pendant le voyage ;*

2° *d'instituer sur tous les lieux de pèlerinage une police sanitaire comprenant l'application des mesures d'hygiène déjà pratiquées et complétées selon les enseignements de l'expérience acquise* ;

3° *en cas de choléra parmi les pèlerins, de n'autoriser le retour de la masse contaminée*,—toutes les fois qu'une telle mesure serait particable—*qu'après la cessation complète de l'épidémie dans cette masse, et une désinfection générale.*

— Adoptée à l'unanimité, moins M. Goodeve pour la Ire conclusion.— Procès-verbal, N° 31—page 6.

—

Selon la Conférence, *il est de la plus haute importance de chercher à prévenir l'exportation maritime du choléra de l'Inde.*

Dans ce but, le règlement promulgué en 1858, sous le titre de Native Passenger Act, *serait un des moyens principaux, si l'application en était faite indistinctement à tous les pavillons et dans tous les pays, et s'il était complété au point de vue des précautions sanitaires.*

En outre, il importerait que tout navire partant d'un port indien fût muni d'une patente de santé délivrée par une autorité sanitaire constituée ad hoc, qui serait en même temps chargée de veiller à l'exécution des règlements relatifs à l'embarquement des pèlerins.

De plus, la Commission croit qu'il y a lieu d'examiner les questions de savoir si, en cas d'épidémie sur un point de l'Inde, il y aurait possibilité, soit de supprimer, soit de différer, soit de restreindre l'embarquement des pèlerins sur ce point; et enfin si, à l'exemple du gouvernement hollandais pour ses possessions indiennes, il n'y aurait pas, pour les autorités de l'Inde anglaise, possibilité d'exiger de chaque pèlerin musulman la preuve qu'il a les moyens de subvenir aux dépenses de son voyage, et à l'entretien de sa famille pendant son absence.

— Adoptée à l'unanimité.—M. Goodeve a fait des réserves sur certains points du texte —Procès-verbal, N° 31—page 11.

—

Mesures à prendre dans les pays intermédiaires entre l'Inde et l'Europe.

A—MESURES CONTRE L'IMPORTATION DU CHOLÉRA DE L'INDE PAR LA VOIE MARITIME.

1° *Convenance d'un établissement sanitaire à l'entrée de la mer rouge.*

— Admise à l'unanimité, moins M. Goodeve. — Procès-verbal N° 31 — page 14.

—

2° *Quel serait le caractère de cet établissement ?*

La Conférence croit *que le caractère international est une condition* SINE QUA NON *de l'établissement dont il s'agit. Resterait aux gouvernements intéressés à s'entendre sur la forme et la mesure à donner à l'intervention de chacun. On conçoit très bien, par exemple, que la Porte ou le gouvernement égyptien pourrait avoir la direction, mais sous le contrôle et avec l'assistance de l'Europe.*

— Adoptée par 15 voix contre 3, celles de MM. Goodeve, Dickson et Bykow.—MM. Keun et Millingen se sont abstenus.—Procès-verbal N° 32— page 10.

—

3° *Dans quels cas, comment et par qui seraient appliquées les mesures ?*

La Conférence conclut que *les mesures seraient appliquées en vertu d'un règlement international qui spécifierait les cas, et par une Autorité soumise au contrôle des gouvernements intéressés.*

— Adoptée par 17 voix contre 2, celles de MM. Goodeve et Dickson.— Procès-verbal N° 32—page 13.

—

Question du pèlerinage de La Mecque.

1° *Organisation du service sanitaire sur le littoral de la mer rouge.*

Dans l'opinion de la Conférence, le service sanitaire à organiser sur le littoral de la mer rouge comprendrait, outre le projet d'un lazaret international avec arraisonnement obligatoire au détroit de Bab-el-Mandeb:

1° *Des postes de médecins sanitaires, savoir : trois sur le littoral africain, à Kosêir, à Souakin, à Massoawh, et deux, pour le moment, sur la côte arabique, dont le principal serait à Djeddah et l'autre à Yambo ;*

2° *Deux lazarets, dont l'un, à El-Wesch, serait affecté exclusivement aux pèlerins et l'autre, à Tor, serait destiné à la quarantaine des arrivages ordinaires atteints de choléra ;*

3° *Une direction, siégeant à Suez, assistée d'une Commission internationale qui déciderait de toutes les questions concernant le service sanitaire de la mer rouge.*

— Les deux premières conclusions ont été adoptées par 14 voix dont 2, celles de MM. Goodeve et Dickson avec réserve au sujet de Tor. A la séance suivante plusieurs membres absents ont adhéré à ces deux conclusions.

La 3me conclusion a été adoptée par 18 voix contre 4, celles de MM. Goodeve, Dickson, Keun et Bykow.—MM. Millingen, Malcom et Salih effendi se sont abstenus.—Procès-verbaux N° 32—page 15 et N° 33—page 4.

—

2° *Conditions pour le départ et précautions relatives à l'embarquement des pèlerins.*

— Adoptées à l'unanimité, avec quelques réserves par MM. Goodeve et Dickson.—Procès-verbal N° 33—page 5 et 6.

—

3° *Mesures d'hygiène à mettre en pratique dans les lieux où s'accomplit le pèlerinage.*

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 33—page 6.

—

4° *Y aurait-il quelque mesure à prendre dans le Hedjaz contre l'importation du choléra par mer ou par terre ?*

La Conférence *ne compte aucunement sur les mesures de quarantaine qui seraient prises dans le Hedjaz contre l'importation du choléra parmi les pèlerins.*

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 33—page 6.

—

5° *Mesures à prendre contre les provenances du Hedjaz, si le choléra s'y manifestait pendant le pèlerinage.*

La Conférence est d'avis que, *dans le cas où le choléra se manifesterait dans le Hedjaz à l'époque du pèlerinage, il y aurait lieu d'interrompre temporairement, c'est-à-dire pendant la durée de l'épidémie, toute communication maritime entre les ports arabiques et le littoral égyptien.*

L'application convenable de cette mesure suppose l'existence d'un service sanitaire organisé sur le littoral de la mer rouge, comme il a été exposé précédemment, et de plus la présence d'une force militaire suffisante, tant pour maintenir le bon ordre parmi les pèlerins, que pour la police maritime. A ce dernier point de vue, il serait à désirer que les gouvernements intéressés s'entendissent à l'effet d'assurer l'exécution des mesures prescrites.

Cela étant, la Conférence pense qu'il pourrait être procédé à l'exécution de la manière suivante, sauf les modifications qui, *sans altérer le principe fondamental de la mesure*, seraient jugées, par la Commission internationale siégeant à Suez, propres à en faciliter l'application ;

1° *En cas de manifestation du choléra parmi les pèlerins, les médecins sanitaires du Hedjaz signaleraient le fait aux autorités locales, ainsi qu'aux navires de guerre stationnés à Djeddah et à Yambo. De plus, tout en mentionnant le fait sur la patente de santé, ils en expédieraient l'avis en Egypte et à El-Wesch.*

2° *Sur la déclaration des médecins susmentionnés, les autorités informeraient les pèlerins que ceux d'entr'eux qui voudraient s'embarquer pour l'Egypte auraient, avant d'y aborder, à faire quarantaine à El-Wesch, et les préviendraient en même temps qu'ils sont libres de suivre la voie de terre.*

3° *Les embarquements se feraient sous la surveillance de l'autorité sanitaire, dans les conditions déterminées par elle, et dans les ports qu'elle aurait désignés.*

4° *Les navires de guerre concourraient à assurer l'exécution des mesures*

prescrites ; ils feraient la police de mer, et exercerait une surveillance aussi exacte que possible à l'effet d'empêcher tout départ clandestin.

5° *Sur l'avis reçu de la présence du choléra parmi les pèlerins, les autorités sanitaires égyptiennes interdiraient l'entrée de tous les ports d'Egypte à toutes provenances de la côte arabique, et elles renverraient les navires déliquants, après les avoir ravitaillés au besoin, sur un point de la côte arabique, soit à El-Wesch, soit ailleurs, où il purgeraient quarantaine, conformément aux règles adoptées.*

6° *Les pèlerins transportés à El-Wesch y seraient tenus en quarantaine et ils ne seraient autorisés à repartir pour l'Egypte que quinze jours pleins après la disparition du choléra parmi eux et après désinfection de leurs hardes et bagages. En quittant El-Wesch, les navires qui les transporteraient seraient—pour ceux qui se rendent à Suez—dans l'obligation de toucher à Tor où ils seraient soumis à une observation de 24 heures et à une visite médicale dans le but de constater leur état sanitaire. La patente nette et l'autorisation de continuer leur route ne leur seraient délivrées que tout autant que l'état sanitaire du bord aurait été reconnu exempt de danger.*

7° *Quant à la caravane pour l'Egypte, elle s'arrêterait selon l'usage dans l'endroit ordinaire de sa station, près d'El-Wesch ; elle y subirait une visite médicale et elle ne recevrait l'autorisation de continuer sa route qu'après avoir été exempte de choléra depuis quinze jours.*

8° *Relativement aux pèlerins à destination de l'Inde ou d'autres pays au delà de la mer rouge, ils seraient autorisés à s'embarquer pour retourner chez eux, mais en se soumettant aux règles prescrites par l'autorité sanitaire du port d'embarquement.*

9° *Les communications maritimes entre le Hedjaz et l'Egypte ne pourraient être rétablies que quinze jours au moins après la cessation de tout indice de choléra dans le Hedjaz, déclarée officiellement par l'autorité sanitaire de Djeddah. Mais alors, et même en tout temps, les navires chargés de pèlerins à destination de Suez, seraient toujours dans l'obligation de toucher à Tor, et d'y stationner 24 heures, pour y subir une visite médicale comme il a été dit plus haut. L'autorité sanitaire de Suez pourrait renvoyer à Tor tout navire qui n'aurait pas rempli cette formalité.*

10° *Un règlement des pénalités encourues, pour toutes les infractions aux mesures prescrites, devrait être formulé par la Commission internationale. Le*

règlement anglais (native passenger act) *serait, sur ce point, un excellent modèle à suivre.*

— Toutes ces conclusions ont été adoptées à l'unanimité, moins certaines réserves de MM. Goodeve et Dickson.—M. Gomès a voté pour que la durée de la quarantaine fût de 10 jours.—Procès-verbal N° 33—page 8.

—

Dans le cas où une épidémie de choléra, venant par la mer rouge, se manifesterait en Egypte—l'Europe et la Turquie étant d'ailleurs indemnes—ne conviendrait-il pas d'interrompre temporairement les communications maritimes de l'Egypte avec tout le bassin de la méditerranée ?

— La Conférence a répondu *affirmativement*, par 13 voix contre 3, celles de MM. Goodeve, Dickson et Salem bey.—Il y a eu 4 abstentions.—Procès-verbal N° 33—page 15.

—

B—MESURES CONTRE L'IMPORTATION DU CHOLÉRA DE L'INDE EN EUROPE PAR LA VOIE DE TERRE.

Mesures à prendre en Perse : organisation d'un système sanitaire; précautions concernant les pèlerinages, le transport des cadavres, etc....

— Mesures conseillées dans le rapport adoptées à l'unanimité.—Mirza-Malkom Khan et M. Sawas votent sous réserve.—Procès-verbal N° 34—page 14.

—

Mesures à prendre sur la frontière turco-persane.

— Mesures conseillées dans le rapport adoptées par 15 voix contre 0. —Se sont abstenus de voter MM. Malkom, Sawas, Keun, Millingen, Gomès et Sténersen.—Procès-verbal N° 35—page 7.

—

Mesures contre l'importation du choléra par la Boukharie et les steppes de la Tartarie.

— Texte du rapport adopté, avec quelques rectifications, à l'unanimité. —Procès-verbal, N° 35—page 8.

—

Mesures à prendre sur la frontière russo-persane.

— Texte du rapport adopté à l'unanimité. — Procès-verbal N° 35 — page 8.

—

Résumé du rapport adopté par la Conférence à l'unanimité, moins 1 abstention.—Procès-verbal N° 35—page 8.

—

III

MESURES QUARANTENAIRES.

Applicables aux provenances cholériques.

—

Considérations générales

sur la question des mesures restrictives.

CONCLUSIONS :

Relativement aux mesures restrictives employées jusqu'ici contre le choléra, la Conférence est d'avis *que les enseignements à tirer de l'expérience de cette première époque des quarantaines n'ont pas une valeur concluante.*

— Adoptée par 18 voix contre 2, MM. Testa et Mühlig, 3 abstentions MM. Sotto, Monlau et Keun.—Procès-verbal N° 37—page 12.

—

La Conférence conclut cependant, d'après les faits cités dans le rapport, *qu'il est incontestable que des quarantaines établies sur des bases rationnelles et conformes aux progrès de la science peuvent servir de barrière efficace contre l'envahissement du choléra.*

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 37 – page 13.

—

Les bases du système de prophylaxie devraient consister, suivant la Conférence : 1° *à combattre les germes de la maladie dans ses foyers primitifs, avant qu'ils ne se disséminent et ne se propagent au dehors ;* 2° *à établir des quarantaines en accord avec les principes aujourd'hui admis sur la transmissibilité du choléra et son mode de propagation.*

— Adoptée à l'unanimité. — M. Goodeve vote sous réserve,—Procès-verbal N° 38—page 12.

—

Cordons sanitaires, isolement, interruption et restriction des communications.

CONCLUSIONS :

La Conférence est d'avis que *les cordons sanitaires, employés au milieu de populations nombreuses et serrées, sont d'un effet incertain et souvent sont dangereux ; que par contre, employés dans des localités limitées ou des contrées dont la population est clair-semée, comme dans certains pays asiatiques, les cordons sont appelés à rendre de grands services contre la propagation de la maladie.*

— Adoptée à l'unanimité, moins M. Goodeve qui s'est abstenu —Procès-verbal N° 38—page 17.

—

La Conférence opine : 1° *que l'isolement partout où il peut être appliqué aux premiers cas qui marquent le début d'une épidémie, est une mesure de prudence qu'aucun pays ne devrait négliger de prendre pour son salut.* 2° *que l'isolement d'une localité atteinte de choléra est d'autant plus praticable et plus utile que la population du pays est plus clair-semée et que la séquestration a lieu plus près du début d'une épidémie ;* 3° *que l'isolement des foyers initiaux est la mesure capitale de prophylaxie contre les envahissements du choléra.*

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 39 - page 5.

—

La Conférence est d'avis que *l'interruption est le meilleur moyen d'isoler les foyers cholériques, que par conséquent, il y a lieu de l'employer toutes les fois que les circonstances se prêtent à une exécution rigoureuse : mais que cette mesure, applicable seulement à des points circonscrits, devient impraticable et inefficace lorsque l'épidémie s'est propagée sur un grand espace.*

— Adoptée à la majorité de 19 voix contre 2, celles de MM. Goodeve et Dickson.—MM. le C^te^ de Lallemand, Fauvel, Mühlig ont voté pour sous réserves.—Procès-verbal N° 39—page 7.

—

La Conférence est d'opinion qu'il y a lieu : 1° *de restreindre l'émigration dans la circonscription de la ville infectée* ; 2° *de fixer par un règlement le nombre des personnes que chaque navire pourrait embarquer, proportionnellement à sa capacité* ; 3° *de soumettre les personnes et leurs effets à des précautions préalables, telles qu'une visite médicale, la purification des hardes et effets, etc.*

— Adoptée à l'unanimité, moins une voix, celle de M. Millingen qui s'abstient.—Procès-verbal N° 39—page 9.

—

Question des lazarets.

CONCLUSIONS :

En ce qui concerne les établissements quarantenaires, la Conférence propose :

1° *Que les lazarets soient établis, autant que possible, dans des îles dépourvues de population, et, à défaut d'îles, dans des localités isolées et éloignées de plusieurs milles des villes, villages et autres lieux habités. Que l'air de ces localités soit salubre, le terrain de consistance rocheuse, l'eau abondante, le mouillage facile, sûr et spacieux.*

2° *Que les édifices composant l'ensemble des lazarets soient construits d'après les principes de l'article VII du présent rapport, et de manière à assurer la séparation rigoureuse des différentes catégories de quarantenaires, suivant la*

nature de la provenance et la date de l'arrivée. Que l'isolement de l'hôpital des cholériques, des logements des quarantenaires, des buanderies, des magasins et hangars, des habitations du personnel du service, etc., soit complet. Que la distance entre tous ces édifices, impossible à préciser d'avance, soit en rapport avec les indications consignées dans le paragraphe 13 du rapport.

3° *Que les cabinets d'aisance soient organisés d'après le système des fosses mobiles chargées de désinfectants. Que les égouts et les fosses communes soient proscrits. Que les matières des déjections soient versées dans des fosses creusées dans le sol et recouvertes de chaux vive, de terre argileuse ou de poussier de charbon végétal.*

4° *Que chaque lazaret ait deux débarcadères, dont l'un de contumace, l'autre de libre pratique, un office de santé, des logements pour l'administration, un corps de garde, un dépôt de literie et d'ameublement, un dépôt de vivres, une hôtellerie.*

— Adoptée à l'unanimité. — M. Monlau a voté la 3me conclusion sous réserve.—Procès-verbal N° 41 - page 10.

—

5° *Que les parloirs des lazarets soient supprimés* pour les visiteurs, *et les visites aux quarantenaires interdites, sauf dans des cas exceptionnels et avec l'autorisation spéciale de l'autorité sanitaire ; qu'il soit toutefois permis aux personnes qui le demanderaient d'entrer au lazaret et d'y rester en se soumettant, dans ce cas, au régime des quarantenaires avec lesquels ils seraient en communication.*

— La première partie de cette conclusion est adoptée par 10 voix contre 9, celles de MM. Dickson, Vernoni, Bosi, Keun, Sawas, Mühlig, Stenersen, Hübsch, Bartoletti.—La seconde partie est adoptée à l'unanimité, moins 2 voix, celles de M. Mühlig qui a voté contre et de M. Stenersen qui s'est abstenu.—Procès-verbal N° 41—page 12 et 13.

—

6° *Que la direction des établissements quarantenaires soit confiée à des médecins, et qu'en outre chaque lazaret soit pourvu de trois médecins, au moins, dont l'un attaché à l'hôpital, l'autre au service des quarantenaires, le troisième chargé du service du port et de l'extérieur du lazaret.*

7° *Que le nombre des lazarets pour la quarantaine de rigueur soit limité proportionnellement au mouvement maritime et à l'étendue du littoral de chaque*

Etat : mais qu'il y ait cependant des postes secondaires pour les provenances soumises à la quarantaine d'observation.

8° *Que, dans des cas d'urgence, on établisse des lazarets temporaires, des campements, ou des lazarets flottants, selon les circonstances particulières à chaque localité.*

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 41—page 13.

—

9° *Tout en admettant, dans certains cas, l'opportunité de lazarets internationaux administrés sous le contrôle de conseils mixtes, la Conférence est d'avis qu'en général l'institution de ces établissements n'est pas recommandable.*

— Adoptée par 9 voix contre 8, celles de MM. Goodeve, Dickson, Keun Sawas, Bykow, Stenersen, Salih effendi, Bartoletti. — M. Monlau s'est abstenu. Procès-verbal N° 41—page 14.

—

Régime quarantenaire et désinfection.

CONCLUSIONS :

Relativement à la quarantaine d'observation et à la quarantaine de rigueur, la Conférence est d'avis que *la différence entre ces deux régimes consiste en ce que la quarantaine d'observation est un temps d'épreuve, de simple surveillance, tandis que la quarantaine de rigueur consiste dans le débarquement au lazaret avec désinfection, et comprend toutes les mesures applicables à une provenance cholérique.*

— Adoptée par 21 voix, contre 0.—MM. Maccas et Pélikan ont voté pour, avec réserve.—MM. Sotto, Ségovia, Monlau se sont abstenus de voter.—Procès-verbal N° 42—page 17.

—

La Conférence est d'avis : 1° *que la quarantaine de rigueur applicable aux personnes venant d'un lieu contaminé soit fixée, en règle générale, à dix jours pleins, et que cette quarantaine commence, pour les personnes, du moment de leur entrée au lazaret. Que si pendant le cours de la quarantaine il se produisait*

parmi elles des cas de choléra ou de diarrhée cholérique, les personnes saines, après la séparation des malades, devraient recommencer la quarantaine de dix jours pleins.

2° *Qu'il y a lieu de considérer comme suspectes les personnes affectées de diarrhée, de les isoler des personnes bien portantes, ainsi que des malades de choléra, et de ne leur accorder la pratique, au bout de la quarantaine réglementaire, qu'à la suite de l'observation médicale constatant la nature non-cholérique de la diarrhée.*

— Adoptée par 17 voix, contre 0 —Quatre adhésions conditionnelles, MM. Pélikan, Millingen qui voudraient que la quarantaine fût portée à 15 jours et MM. Keun et Mühlig à 17 jours. — Procès-verbal N° 42— page 26.

—

La Conférence est d'avis : 1° *d'appliquer aux navires supposés contaminés la quarantaine de rigueur, fixée à 10 jours pleins à dater de l'arrivée;* 2° *d'admettre une différence entre les navires à bord desquels se serait manifesté le choléra ou la diarrhée cholérique, et les navires qui n'auraient pas eu d'accidents cholériques pendant la traversée : dans le premier cas seraient applicables toutes les mesures de rigueur, d'isolement et de désinfection ; dans le second cas, les navires pourraient être exemptés du déchargement des marchandises non sujettes à purification, et ne seraient soumis qu'à des mesures générales d'hygiène sans désinfection proprement dite ;* 3° *de soumettre à des précautions exceptionnelles les navires encombrés et à bord desquels il se serait manifesté une épidémie grave de choléra, précautions qui consisteraient à un isolement plus complet, à la désinfection par les agents les plus actifs et même à la prolongation et au redoublement, selon les cas, de la durée de la quarantaine ;* 4° *de réduire à 5 jours la quarantaine applicable aux navires dont la traversée aurait duré de 15 à 30 jours sans aucun accident cholérique, et à 24 heures lorsque la durée de la traversée dépasserait 30 jours ; dans les deux cas, désinfection des marchandises susceptibles, des effets et des parties suspectes, mais sans déchargement total.*

— Adoptée à l'unanimité, moins une voix, celle de M. Goodeve qui s'abstient.—M. Pélikan fait ses réserves pour la 1re conclusion.—Procès-verbal N° 43 - page 7.

—

Relativement aux navires qui ont à bord un médecin commissionné et qui sont soumis pendant la traversée à des mesures d'hygiène et de désinfection, la Conférence s'est prononcée de la manière suivante :

Les navires en patente brute de choléra qui auront rempli les conditions spécifiées dans le cours de cet article, pourront compter les jours de la traversée comme jours de quarantaine jusqu'à concurrence de 9 jours. Ils feront au port d'arrivée une quarantaine d'observation calculée de manière à accomplir la quarantaine règlementaire de 10 jours pleins.

Comme cependant la traversée des navires n'a pas toujours la même durée et que celle-ci peut varier de 1 à 9 jours et plus, la Conférence a établi l'échelle suivante comme règle à observer dans l'application de la mesure proposée :

Après 24 heures de traversée 9 jours de quarantaine d'observation.

»	2 jours	8 »	»
»	3 »	7 »	»
»	4 »	6 »	»
»	5 »	5 »	»
»	6 »	4 »	»
»	7 »	3 »	»
»	8 »	2 »	»
»	9 »	24 heures	»

Pour les navires dont la traversée aurait dépassé 9 jours la quarantaine d'observation serait toujours d'au moins 24 heures.

— Adoptée par 12 voix contre 9 et 5 abstentions. — Ont voté contre MM. Vetsera, Sotto, Monlau, Kalergi, Maccas, Bosi, Keun, Millingen, Pélikan. — Se sont abstenus de voter MM. Dumreicher, Salvatori, de Soveral, Testa, Mühlig. — Procès-verbal N° 43—page 9.

—

La Conférence est d'avis *que la contumace peut se faire à bord des navires dans les cas de quarantaine d'observation et quelquefois de quarantaine de rigueur dans des circonstances de force majeure ; mais dans tous les cas, l'autorité sanitaire aura soin de faire éviter l'encombrement et exercera une surveillance attentive sur la santé des quarantenaires.*

— Adoptée à l'unanimité moins une voix, celle de M. Dumreicher qui s'abstient. — M. Dickson vote avec réserve. — Procès-verbal N° 43 — page 9 et 10.

—

La Conférence propose *une quarantaine de 8 jours pleins pour toutes les provenances de terre, à l'exception des pèlerinages et des déplacements de troupes dont le régime serait plus sévère. Toutefois il est entendu que si les provenances de terre partaient d'un foyer rapproché d'un à trois jours de marche, la quarantaine serait de 10 jours pleins.*

— Adoptée par 15 voix, 5 abstentions, celles de MM. Dumreicher, Goodeve, Dickson, Maccas, Bosi. — Procès-verbal N° 43—page 11.

—

Question de la désinfection.

CONCLUSIONS :

Suivant l'opinion de la Conférence, *la désinfection consiste dans l'emploi de différents moyens propres à assainir les lieux et les objets contaminés par le germe cholérique. Ces moyens sont l'air, l'eau, le feu dans certains cas, ainsi que les substances chimiques recommandées par la science et signalées dans le Rapport des mesures hygiéniques.*

La désinfection s'applique : 1° *aux navires provenant de lieux infectés et à bord desquels se serait manifestée soit une épidémie grave de choléra, soit des cas isolés de cette maladie ou seulement des cas de diarrhée cholérique.*

2° *Elle s'applique aux hardes et effets à usage des cholériques ainsi que des personnes qui subissent le régime de la quarantaine de rigueur tant au lazaret qu'à bord des navires.*

3° *Elle s'applique en outre aux marchandises supposées contaminées telles que les drilles, les chiffons, les peaux, les cuirs, les plumes et autres débris animaux, ainsi que les laines et autres substances non emballées provenant d'un lieu infecté ou d'un navire sujet lui-même à la désinfection. Les lettres et dépêches seront enfermées dans une boite et désinfectées par le dégagement de chlore sans être*

percées. Quant aux marchandises en général, sortant des fabriques et bien emballées, elles sont réputées non contaminées et conséquemment non sujettes à la désinfection.

4° *Enfin la désinfection s'applique aux animaux vivants par l'aération ou l'immersion dans l'eau, lorsque les autorités sanitaires le jugeront convenable*

— Adoptée à l'unanimité, moins une voix, celle de M. Goodeve qui s'abstient. — MM. Dumreicher, Maccas, Bykow, Millingen votent sous diverses réserves.—Procès-verbal N° 43—page 12 et 13.

—

La patente de santé et l'arraisonnement.

CONCLUSIONS :

Dans l'opinion de la Conférence, *il y a lieu de supprimer la qualification de patente suspecte et de maintenir celle de patente nette et de patente brute, l'une témoignant de l'absence du choléra, l'autre attestant sa présence ainsi que le degré de sa manifestation.*

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 43—page 13.

—

La Conférence exprime le vœu *que le mot sporadique soit supprimé sur les patentes où l'on se bornerait, suivant le cas, à mentionner l'existence du choléra asiatique, ou du choléra nostras.*

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 43—page 14.

—

La Conférence est d'avis que *la patente de santé doit faire mention du choléra asiatique depuis le premier cas de sa manifestation jusqu'au dernier accident qui marque la fin de l'épidémie ; que les autorités sanitaires ne devront accorder la libre pratique aux provenances d'un lieu où a régné une épidémie que 15 jours après la date de sa complète disparition.*

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 43—page 14.

—

La Conférence opine *qu'il est d'absolue nécessité, comme garantie de la santé publique, qu'un navire n'ait qu'une patente délivrée par l'autorité sanitaire du point du départ ; qu'il est également nécessaire que cette patente ne soit pas changée jusqu'à l'arrivée du navire à destination définitive, et qu'en conséquence les autorités sanitaires doivent se borner à viser la patente primitive sans la remplacer par une nouvelle patente jusqu'au voyage de retour.*

La Conférence émet le vœu *que les gouvernements qui attachent une importance particulière au maintien de la patente consulaire veuillent bien consentir, dans l'intérêt de la santé publique, à la remplacer par un visa sur la patente délivrée par l'autorité sanitaire.*

— Adoptée à l'unanimité, moins M. Dumreicher qui s'abstient.—Procès-verbal N° 43—page 14.

—

La Conférence est d'avis que *l'arraisonnement est un acte de la plus haute importance en temps de choléra. Les réticences, les fausses déclarations, rendent illusoires le système restrictif le mieux combiné et compromettent la santé publique. Elles doivent être sévèrement punies par les lois de chaque pays.*

A ce propos la Conférence émet le vœu *que le gouvernement ottoman promulgue dans le plus bref délai un code pénal contre les infractions aux règlements sanitaires.*

— Adoptée à l'unanimité. — M. Dumreicher s'abstient.—Procès-verbal N° 43—page 14.

Le présent Relevé des Conclusions de la Conférence Sanitaire Internationale a été adopté, dans la séance du 26 Septembre 1866, et signé par MM. les Délégués,

ALBIN VETSERA
Dr SOTTO
Cte DE NOIDANS
A. F. DE DUMREICHER
A. M. SEGOVIA
P. MONLAU
KALERGI
G. A. MACCAS
ALEX. VERNONI
F. BOSI
G. SALVATORI
P. BRUNONI, *Archevêque Délégué du Saint Siège*
J. SPADARO

A. DE LALLEMAND
FAUVEL
EDOUARD GOODEVE
E. D. DICKSON
RICHARD J. KEUN
JULIUS MILLINGEN
MIRZA-MALKOM-KHAN
SAWAS
E. PINTO DE SOVERAL
B^{on} DE TESTA
MÜHLIG
PÉLIKAN
BYKOW
A. STENERSEN
B^{on} HÜBSCH
SALIH EFFENDI
BARTOLETTI
D^{r} SALEM BEY

A Constantinople, le 26 Septembre 1866.

Vu et certifié :
Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
D^{r} NARANZI.—B^{on} DE COLLONGUE.

TABLE DES MATIÈRES

Numéros des procès-verbaux.

1 Inauguration des travaux de la Conférence Sanitaire Internationale, le 13 février 1866, par Son Altesse A'ali Pacha, ministre des affaires étrangères.—Discours de Son Altesse A'ali Pacha.—Réponse de M. le Comte de Lallemand.—Première séance de la Conférence. —Nomination de S. Exc. Salih effendi, premier délégué de la Sublime-Porte, comme président.—Discours de S. Exc. Salih effendi. —Mesures d'ordre adoptées par la Conférence.—Nomination des Secrétaires.—Proposition d'urgence de MM. les délégués de France. —Nomination d'une Commission pour l'étudier et en faire un rapport.—Nomination d'une Commission pour élaborer un programme des travaux de la Conférence.

Annexe au procès-verbal N° 1.

Proposition d'urgence sur les mesures à prendre à l'égard des pèlerins retournant de La Mecque.

2 Note de M. Stuart relative à la proposition d'urgence.—Explications à ce sujet.—Déclaration de S. Exc. Salih effendi.—Proposition de M. le Dr Gomez pour la discussion immédiate de la *transmissibilité* du choléra.—Cette question est renvoyée à la Commission du programme.

3 Lecture du rapport de la Commission chargée d'examiner la proposition d'urgence.— Contre-proposition Ottomane. — Projet

Numéros des procès-verbaux.

d'amendement de MM. les Délégués de Perse.—Projet d'amendement de MM. les Délégués de la Sublime-Porte. – Note de M. le Dr Pélikan relative à la proposition d'urgence.—Mémoire sur le même sujet par Mirza-Malkom-Khan.— La discussion est ouverte sur la proposition d'urgence.

Annexes au procès-verbal N° 3.

1er annexe.—*Rapport de la Commission chargée d'examiner la proposition d'urgence.—Contre-proposition Ottomane.*

2me annexe.—*Projet d'amendement de MM. les Délégués de Perse.*

3me annexe.—*Projet d'amendement de MM. les Délégués de la Sublime-Porte.*

4 Discours de M. le Dr Fauvel en réponse aux contre-propositions. — Il réfute les contre-projets et donne des explications et des éclaircissements à l'appui de la proposition d'urgence. — Il donne des renseignements sur l'état et la condition de Djeddah, Yambo, de La Mecque et de Medine avant et après le pèlerinage. — Explications concernant le pèlerinage.—Note de M. Kalergi relative aux pèlerins retournant par terre.—Proposition de M. Mühlig.— Continuation de la discussion sur la proposition d'urgence. — M. Pélikan rectifie un passage du discours de M. Fauvel.

5 S. Exc. Salih effendi donne quelques éclaircissements au sujet de la contre-proposition Ottomane. — Discours de M. le Dr Bartoletti ayant pour but de compléter la partie historique du voyage de la caravane tracée par M. Fauvel.—Déclaration de S. Exc. Salih effendi faite au nom du Gouvernement Ottoman.—Observations faites à ce sujet par plusieurs Délégués.—Discours de M. Sawas donnant des éclaircissements et des renseignements au sujet du pèlerinage, des lieux-Saints et du Hedjaz.—M. Fauvel répond à M. Sawas —M. Ségovia résume les différentes opinions.—Explications demandées par Mirza-Malkom-Khan sur certains points de la proposition d'urgence.— Opinion de M. le Dr Goodeve sur l'efficacité des mesures proposées par MM. les Délégués de France.—Réponse de M. Fauvel. — Observations faites par plusieurs Délégués. — La

Numéros des procès-verbaux.

disposition fondamentale de la proposition française est adoptée.

6 Discussion sur les articles règlementaires de la proposition d'urgence.—Déclaration de S. Exc. Salih effendi.—Explications fournies par M. Fauvel qui propose une nouvelle rédaction des articles règlementaires.—Amendement de M. le Dr Mühlig et exposé fait par MM. les Délégués de Prusse.—Mesures adoptées par la Conférence pour le cas où le choléra se manifesterait cette année parmi les pèlerins réunis à La Mecque.

Annexe au procès-verbal N° 6.

Proposition d'urgence amendée et modifiée par la Conférence.

7 La discussion est ouverte sur l'ensemble du projet du programme des travaux de la Conférence —Discussion sur la manière dont la Commission devra être composée. La Conférence décide qu'elle sera composée de tous les Délégués médecins et de trois Délégués Dipiomates. Elle aura a rechercher la solution à donner aux deux premiers groupes du programme.

Annexe au procès-verbal N° 7.

Rapport sur un projet de Programme des travaux de la Conférence.

8 Renseignements relatifs à l'état sanitaire des arrivages à Djeddah pendant les deux derniers mois.—Renseignements relatifs à l'état sanitaire du Hedjaz.—Proposition de M. de Dumreicher ayant pour but de modifier certaines dispositions du programme des travaux de la Conférence. Discussion à ce sujet. Propositions émises par plusieurs Délégués au sujet des Commissions qui doivent étudier le 3me groupe du programme.—Nomination d'une Commission chargée de déterminer la *nature*, l'*ordre et la division* des questions composant le 3me groupe. Propositions et discussion au sujet de l'Egypte.

9 Renseignements sanitaires reçus de l'Egypte et communiqués par MM. Vetsera et Salem bey.—M. Bartoletti parle des résultats de la mission confiée à la Commission médicale Ottomane envoyée dans le Hedjaz.—M. Bartoletti dépose sur le bureau le rapport de la Commission chargée de l'examen des deux premiers groupes du programme.—Don A. M. Segovia présente le rapport de la Commis-

Numéros des procès-verbaux.

sion nommée pour l'étude préparatoire des questions portées au 3me groupe du programme.—Lecture et discussion de ce dernier rapport.

Annexes au procès-verbal N° 9.

1er annexe. — *Rapport sur les questions du programme relatives à* l'origine, à l'endémicité, à la transmissibilité et à la propagation du choléra.

2me annexe.—*Rapport de la Commission nommée pour réviser les questions du* 3me *groupe du programme* (Préservation) *et proposer la méthode à suivre pour leur étude.*

10 Proposition de M. de Lallemand ayant pour but la réforme du tarif sanitaire des ports Ottomans. — Observations de plusieurs Délégués.—La Conférence prend acte de la communication de MM. les Délégués de France et renvoie l'examen de la question du tarif au moment où MM. les Délégués auront reçu l'autorisation de la traiter.—Suite de la discussion du rapport sur le 3me groupe du programme.

Annexe au procès-verbal N° 10.

Rapport de la Commission chargée par le Conseil de Santé d'élaborer un projet des tarifs des droits sanitaires dans l'Empire Ottoman.

11 M. Fauvel de concert avec plusieurs autres Délégués présente un contre-projet relatif à la classification des matières du 3me groupe. —Observations de plusieurs Délégués pour ou contre le nouveau projet de M. Fauvel.—La discussion est reprise sur les articles du projet de la Commission.

12 Communication de télégrammes concernant l'état sanitaire de l'Egypte et de la Syrie. La Conférence émet le vœu que les provenances d'Egypte soient, par qui de droit, assujeties à une quarantaine d'observation.—Propositions de M. Polak relatives au 3me groupe du programme.—Suite de la discussion du rapport de la Commission du 3me groupe.

13 Communication de S. Exc. Salih Effendi concernant l'Egypte.— Autres communications faites sur le même sujet par MM. Bartoletti

Numéros des procès-verbaux.

et Salem bey.—Proposition de M. de Krause relative aux provenances du Hedjaz.—La Conférence tout entière se divise en trois Commissions correspondant aux 3 sections du 3me groupe du programme.

14 La discussion est ouverte sur le rapport-général relatif *à l'origine, à l'endemicité, à la transmissibilité et á la propagation du choléra.* —Communication d'une dépêche télégraphique relative à l'état sanitaire des pèlerins.

15 Suite de la discussion du 1er groupe de questions du rapport-général, (*origine et génèse du choléra.*)

16 Continuation de la précédente discussion.—Communication d'un télégramme concernant les mesures adoptées par l'Intendance Sanitaire de l'Egypte à l'égard des pèlerins.—Mesure adoptée par le Conseil Supérieur de Santé de Constantinople à l'égard des provenances de l'Egypte.

17 Suite de la discussion du rapport-général. — Communication d'une dépêche télégraphique datée d'Alexandrie et constatant l'excellent état sanitaire de l'Egypte.

18 Discussion sur le deuxième groupe de questions du rapport-général. (*Transmissibilité et propagation du choléra.*

19 Suite de la précédente discussion.

20 S. Exc. le Président donne lecture d'une lettre de M. de Krause par laquelle il informe la Conférence que ayant été appelé à d'autres fonctions il sera remplacé par M. le Bon Testa.—Continuation de la discussion sur le 2me groupe de questions du rapport-général.

21 M. Polak fait une communication concernant les quarantaines, au point de vue de leurs résultats, pendant la dernière épidémie.— M. Keun annonce le départ de son collègue M. le professeur Van Geuns.—Suite de la discussion sur le 2me groupe de questions du rapport-général.

22 Suite et fin de la précédente discussion.—La Conférence décide que le rapport-général sera réimprimé avec indication en note des modifications adoptées par elle.—(V. l'annexe au procès-verbal 29.)

Numéros des procès-verbaux.

23 M. Bartoletti donne lecture du rapport de la sous-commission chargée de faire l'historique de l'épidémie de 1865.—Observations de MM. Gomez, Keun, Goodeve, Bykow.

Annexe au procès-verbal N° 23.

Rapport sur la marche et le mode de propagation du choléra en 1865.

24 Lecture et discussion du raport et de l'appendice du rapport de la Commission chargée d'étudier le 1^er^ groupe des questions comprises dans le programme des mesures prophylactiques applicables au choléra,

Annexes au procès-verbal N° 24,

1^er^ annexe.—*Rapport sur les mesures d'hygiène à prendre pour la préservation contre le choléra asiatique.*

2^me^ annexe.—*Appendice au rapport sur les mesures hygiéniques ayant pour titre.—La désinfection appliquée au choléra.*

25 Suite de la discussion du rapport sur les mesures hygiéniques.

26 Suite de la précédente discussion.

27 Discussion sur la désinfection appliquée au choléra.

28 M. Lenz dépose sur le bureau une note additionnelle au texte du chapitre 2 (*Hygiène navale*) du rapport sur les mesures d'hygiène.—Motion de M. de Lallemand relative à la réforme du tarif sanitaire.—Continuation et fin de la discussion sur la désinfection.

Annexe au procès-verbal N° 28.

Note additionnelle au texte du chapitre 2 (Hygiène navale) du rapport sur les mesures d'hygiène.

29 M. de Lallemand dépose sur le bureau le rapport de la Commission chargée de l'étude des mesures à prendre en Orient pour prevenir de nouvelles invasions du choléra en Europe.—Discussion sur la note additionnelle du rapport sur les mesures d'hygiène. Adoption du rapport avec l'appendice et le Note additionnelle de la 1^re^ Commission. — M. de Lallemand demande qu'une Commission soit nommée pour l'examen de la question relative à la réforme du tarif des droits sanitaires dans les Ports Ottomans.—Observations de plusieurs Délégués.—La Conférence décide qu'il y a lieu de nommer

Numéros des procès-verbaux.

une Commission pour l'examen du projet de la réforme du tarif sanitaire.—Nomination de cette Commission.

Annexe au procès-verbal N° 29.

Rapport sur les mesures à prendre en Orient pour prevenir de nouvelles invasions du choléra en Europe.

30 Discussion du rapport sur les mesures à prendre en Orient etc.

31 S. Exc. le Président donne lecture d'une lettre de M. Lenz par laquelle il annonce son départ. — Suite de la précédente discussion

32 Continuation de la même discussion.

33 Suite de la discussion.

34 Nomination d'une Commission pour élaborer un énoncé des propositions principales et des conclusions contenues dans les rapports adoptés par la Conférence (en réponse à la question posée dans le quatrième groupe du programme). Suite de la discussion du rapport de la 3me Commission sur les mesures à prendre en Orient etc.

35 Suite et fin de la précédente discussion.

36 Lecture du rapport de la Commission chargée d'étudier le projet de réforme du tarif des droits sanitaires dans les Ports Ottomans.

Annexe au procès-verbal N° 36.

Rapport sur le projet de réforme du tarif des droits sanitaires dans les Ports Ottomans.

37 Discussion sur les conclusions du rapport relatif au projet de réforme du tarif sanitaire. — Adoption du rapport.—Lecture du rapport de la 2me Commission du 3me groupe (*mesures quarantenaires.*) Discussion du rapport

Annexe au procès-verbal N° 37.

Rapport sur les mesures quarantenaires applicables aux provenances cholériques.

38 Discussion relative à l'acte de clôture.—Décision de la Conférence à ce sujet.—Suite de la précédente discussion.

39 Continuation de la discussion du rapport sur les mesures quarantenaires etc.

Numéros des procès-verbaux.

40, 41, 42 — Suite de la précédente discussion.

43 — Fin de cette discussion.

44 — Séance de clôture.—Lecture de l'acte final.—Discours de S. A. A'ali pacha, ministre des affaires étrangères.—Réponse de M. de Lallemand.—Vœu exprimé par M. Fauvel au nom de la Conférence au sujet de M. Naranzi.—Réponse de S. A. A'ali pacha.—Discours de S. Exc. le Président.—Réponse de S.G. Monseigneur Brunoni.—Paroles prononcées par M. Bartoletti, au nom de la Conférence au sujet de M. de Collongue.

Annexe au procès-verbal N° 44.

Relevé des conclusions adoptées par la Conférence, précédé d'un Prologue.